



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

ESTUDO DE INTERVENÇÃO EM MULHERES HIV POSITIVAS

ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NO

MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS, BRASIL

MARIÂNGELA FREITAS DA SILVEIRA

PELOTAS, RS

2004



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

ESTUDO DE INTERVENÇÃO EM MULHERES HIV POSITIVAS
ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NO
MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS, BRASIL

MARIÂNGELA FREITAS DA SILVEIRA

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof^{ma} Iná da Silva dos Santos, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, para obtenção do título de Doutor em Ciências

PELOTAS, RS

2004

Para Cesar e Isadora, meus amores e parceiros de vida

Agradecimentos

Muitas pessoas ajudaram neste trabalho e tentarei agradecer à todas.

À minha família, meus pais Élbio e Gilka, minhas irmãs Vera e Ana Elisa e minha afilhada Carolina, que sempre me achou capaz de realizar meus projetos, por mais doidos que fossem.

Aos meus colegas do Ambulatório de Ginecologia, Jonei, Guilherme, José Augusto, Juliana e aos R2 da cadeira, que me estimularam, mesmo tendo que assumir uma quantidade enorme de trabalho extra.

Aos meus colegas do SAE, Cezar, Lúcia, Sandra, Susane, Paulo Orlando, Henrique e Luiz Fernando, por se prontificarem a servir de “cobaias”. Um especial agradecimento a Denise e a Marli, elas sabem porque!

Aos funcionários da recepção do Ambulatório e da Ginecologia, pelo auxílio às entrevistadoras. A Claudinha e Marina, da farmácia pelo auxílio no registro dos preservativos.

À direção da Gráfica da UFPel, que imprimiu gratuitamente o material necessários para a pesquisa.

À enfermeira Soraia do Presídio Regional de Pelotas, por facilitar o contato com as pacientes encarceradas.

À Josiana Bacelo e Simone De Baco pelo valioso auxílio nos treinamentos.

A Coordenação Municipal de DST/AIDS pelo fornecimento de preservativos.

Aos professores do centro de pesquisas, Ana Menezes, Bernardo Horta, Cesar Victora e Fernando Barros, pelas sugestões valiosas na elaboração desse projeto. A professora Denise Gigante e ao colega Pedro Hallal, pela imensa ajuda na obtenção dos artigos de revisão.

Às colegas Rosângela Lima e Elaine Albernaz pela ajuda no artigo de revisão; Gicele Valente pela ajuda na montagem do questionário e revisão bibliográfica.

A todos os funcionários do Centro de Pesquisas, pelo acolhimento.

Aos colegas Eunice Chaves e Paulo Naud (UFRGS) e Carla Vitola (FURG) por permitirem a testagem dos instrumentos em seus serviços.

Às minhas entrevistadoras, Mara, Márcia e Daniela, que ultrapassaram suas funções e possibilitaram uma coleta de dados de altíssima qualidade, passando por cima de toda a espécie de dificuldades. Às minhas alunas de coração, Juliana Treichert e Juliana Maia, voluntárias de corpo e alma neste projeto.

As Fundações Santos, Victora e Silveira, únicas financiadoras deste projeto.

As minhas fiéis escudeiras Carmem e Sônia, pela ajuda a manter a ordem na loucura da minha vida.

À minha orientadora Iná dos Santos, que desde a minha graduação tem sido um exemplo de mulher, professora, pessoa e amiga, e que, mais uma vez, me ajudou imensamente, certamente muito além do papel de orientadora.

À minha colega, amiga e irmã de coração, Vera Brum, que possibilitou, através de seu trabalho voluntário no SAE, minha dedicação à esta pesquisa.

Ao meu marido Cesar, que teve paciência, bom-humor e, principalmente, muito amor pela pessoa extremamente chata que eu fui “às vezes”.

À minha filha Isadora, que tem me dado motivos para ir em frente apesar de tudo, e que me mostra diariamente como as mulheres são desafiadoras.

E, por último, e certamente o mais importante, às pacientes do SAE, 340 mulheres que foram de uma generosidade incrível, abrindo seus corações e vidas, expondo seus problemas e me lembrando, à cada momento, porque eu estava fazendo esta pesquisa.

SUMÁRIO

Prefácio.....	x
I- Projeto de pesquisa.....	1
1- Introdução.....	2
2- Intervenções entre indivíduos HIV positivos.....	6
3- Justificativa.....	11
4- Objetivos.....	12
5- Hipóteses.....	13
6- Metodologia.....	13
7- Processamento e Análise dos dados.....	34
8- Aspectos Éticos.....	34
9- Orçamento.....	35
10- Cronograma.....	36
11- Limitações do Estudo.....	37
12- Bibliografia.....	38
II- Relatório do Trabalho de Campo.....	41
1- Confeção dos questionários.....	42
2- Intervenção.....	42
3- Seleção das entrevistadoras.....	43
4- Treinamento das entrevistadoras.....	43
5- Treinamento das observadoras das consultas.....	46
6- Treinamento dos profissionais do SAE.....	46
7- Coleta de dados.....	47
8- Perdas e recusas.....	49

9- Controle de qualidade.....	50
10- Análise.....	51
11- Principais obstáculos para a realização do estudo.....	51
12- Bibliografia.....	53
III- Artigos.....	54
Artigo 1: Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV: um estudo de revisão.....	54
Resumo.....	56
Abstract.....	57
Introdução.....	58
Métodos.....	60
Resultados.....	64
Discussão.....	73
Referências.....	77
Quadro e tabelas.....	81
Artigo 2: Factors associated to condom use among women of an urban center in southern Brazil.....	86
Abstract.....	88
Resumo.....	89
Introduction.....	90
Methods.....	92
Results.....	95
Discussion.....	97

Bibliographical References.....	101
Acknowledgements.....	104
Figure and Tables.....	105
Artigo 3 Impact of an educational intervention to promote condom use among the male partners of HIV positive women.....	111
Summary.....	112
Introduction.....	113
Methods.....	115
Results.....	120
Discussion.....	123
Bibliography.....	129
Figure and Tables	131
IV- Anexos.....	146
Anexo 1. Resumo bibliográfico para o Projeto de Pesquisa.....	146
Anexo 2. Intervenção.....	163
Anexo 3. Questionários.....	165
Anexo 4. Controle dos preservativos farmácia.....	185
Anexo 5. Observação estruturada de consultas.....	186
Anexo 6. Treinamento da equipe de campo.....	187
Anexo 7. Termo de consentimento informado.....	191
Anexo 8. Entrevista para controle de qualidade.....	192
Anexo 9. Treinamento Médicos.....	193
Anexo 10. Relembração médicos.....	196
Anexo 11. Entrevista curta do grupo controle.....	198

Anexo 12. Comunicado à imprensa.....	199
--------------------------------------	-----

PREFÁCIO

Esta tese está sendo apresentada ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutorado.

O volume encontra-se dividido em quatro partes, de acordo com as exigências do Programa de Pós-Graduação, conforme se segue:

Parte I

Projeto de Pesquisa intitulado “Intervenção em pacientes HIV positivas”, elaborado para o Doutorado.

Parte II

Relatório do Trabalho de Campo, com as atividades realizadas a partir do projeto de Doutorado.

Parte III

Três artigos, resultantes do tema estudado. O primeiro artigo é de revisão bibliográfica. O segundo artigo refere-se a uma análise do banco de dados utilizados para o Mestrado em Epidemiologia, resultante de um estudo transversal de base populacional, realizado em Pelotas, no período de outubro de 1999 a janeiro de 2000, com mulheres de 15 a 49 anos de idade. O terceiro artigo analisa os dados referentes ao estudo de intervenção realizado com mulheres HIV positivas.

Parte IV

Inclui os anexos do Projeto de Pesquisa e do Trabalho de Campo, como questionário e treinamentos. Também inclui o comunicado à imprensa.

PROJETO DE PESQUISA

DOUTORADO EM EPIDEMIOLOGIA

DOUTORANDA: MARIÂNGELA F. DA SILVEIRA

ORIENTADORA: INÁ DOS SANTOS

**INTERVENÇÃO EM MULHERES PORTADORAS DO
HIV**

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem sido um desafio em termos de controle e tratamento. Em dezembro de 1999, havia 34,3 milhões de pessoas contaminadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, sendo que 15,7 milhões eram mulheres. Com o aumento do número de casos classificados como de transmissão heterossexual, a contaminação entre as mulheres vem aumentando. Somente durante o ano de 1999, as mulheres corresponderam a quase metade de todas as pessoas contaminadas (2,3 milhões). Grande parte destas mulheres se contamina na idade de 15 a 24 anos, em plena vida reprodutiva, o que leva a um aumento de casos entre crianças, devido à transmissão vertical. Na América Latina, cerca de 1,4 milhões de pessoas estão contaminadas, sendo que 20% dos adultos são mulheres. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a epidemia ainda não foi controlada em nenhum lugar do mundo[1].

De acordo com dados do Ministério da Saúde, presume-se que, no Brasil, o número de portadores ultrapasse 500.000. De 1980 até maio de 1999, registraram-se mais de 160.000 casos no país, dos quais 23,7% ocorreram em mulheres. A razão atual de casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), por sexo, no Brasil e no Rio Grande do Sul (RS), é de dois homens para cada mulher[2].

Com o advento da terapia antiretroviral, a qualidade de vida dos portadores do HIV melhorou muito. No Brasil, esta terapia é fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde, o que levou a um aumento da sobrevida desses pacientes. Assim, medidas de prevenção da transmissão do HIV tornam-se cada vez mais importantes entre os portadores identificados. A prevenção de outras DST é também importante porque essas infecções diminuem a imunidade nestes pacientes; e, além disso, o não uso de preservativo, com parceiros também

soropositivos, dificulta o controle da carga viral e aumenta o risco de contaminação por vírus resistentes aos antiretrovirais[3].

O uso do preservativo é uma das mais importantes armas na luta contra a AIDS. Estudos laboratoriais e epidemiológicos demonstraram que o preservativo é efetivo contra uma ampla variedade de DST, incluindo gonorréia, uretrite não gonocócica, tricomoníase e herpes genital, assim como a contaminação pelo HIV[4].

Dados de literatura têm mostrado que o fato de saber-se portador do HIV não implica, necessariamente, em uso do preservativo em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro não portador ou de sorologia desconhecida. Estudo com 2040 mulheres HIV positivas (conhecedoras do seu *status* há pelo menos 6 meses) e 516 em risco, investigou o comportamento sexual nos últimos 6 meses[5]. Comparadas às mulheres em risco, as HIV positivas reportavam menor atividade sexual e uso de drogas, uso mais freqüente de preservativos em relações vaginais e uso consistente de preservativos, em todas as relações. Esse estudo mostrou também que as mulheres HIV positivas que utilizavam outro método anticoncepcional relatavam menor uso consistente de condom, assim como as com menor freqüência de relações sexuais[5].

Estudo com jovens HIV positivos, nos Estados Unidos mostrou que ao menos 1/3 deles, após saber o diagnóstico, mantinham comportamentos facilitadores de transmissão [6]. Outro estudo com jovens HIV positivos hemofílicos mostrou que, embora tivessem grande conhecimento sobre a transmissão do vírus, este não se traduzia na adoção consistente de comportamentos sexuais seguros[7]. Também a melhora do estado de saúde e a redução da carga viral podem levar a sensação de diminuição da necessidade de práticas seguras, embora níveis indetectáveis de RNA viral não provem que um paciente não esteja infectante[3].

Um estudo transversal foi realizado nos Estados Unidos com pacientes masculinos, HIV positivos há mais de 2 meses. Um questionário anônimo, auto-aplicado, investigou o

comportamento sexual nos últimos 2 meses. Os homens que foram aconselhados por mais pessoas e mais vezes a revelar seu *status* sorológico aos parceiros o fizeram mais freqüentemente, quando os parceiros eram negativos. O mesmo não se verificou quando os parceiros eram positivos ou de sorologia desconhecida. A notificação do *status* sorológico ao parceiro esteve associada com práticas sexuais mais seguras. O fato de ter múltiplos parceiros reduzia a probabilidade de informar a qualquer um deles[8].

Nos Estados Unidos, em 1994, 70% dos portadores do HIV eram sexualmente ativos, após o diagnóstico, e mais da metade dos parceiros sexuais não era informada do risco. Esconder do parceiro a própria sorologia pode aumentar o risco de sexo inseguro e a transmissão da doença. Além disso, parceiros não informados que se infectam podem contaminar outros, perpetuando a cadeia de transmissão[8].

Vários motivos são referidos para a não notificação do parceiro, entre eles o medo do estigma, do preconceito, da solidão e a necessidade econômica. A falta de hábito do uso do preservativo e a própria condição socioeconômica, geralmente baixa, destes portadores também seriam um entrave.

Nas mulheres, o não uso do preservativo e, freqüentemente, de nenhum outro método anticoncepcional, leva a um grande número de gestações não planejadas e ao aumento da transmissão vertical. Já foi demonstrado que as decisões reprodutivas não são influenciadas pela infecção pelo HIV mas sim pela saúde da mulher e pelo risco de transmissão vertical. Para portadoras de uma doença incurável, gestar também parece ser uma maneira de deixar algo de si após a morte[9, 10]. Estudo antropológico realizado no Brasil mostrou que as mulheres que engravidaram ou que decidiram prosseguir a gestação após o diagnóstico de infecção pelo HIV eram as que se encontravam em fase de consolidação da aliança com o parceiro[11].

A maneira como a gestação afeta o curso da doença não está bem estabelecida, mas parece ser mais provável de causar efeitos adversos em mulheres com doença avançada.

Efeitos adversos, a longo prazo, para a mãe e a criança, do uso de antiretrovirais na gestação ainda não são conhecidos[10].

Estudo transversal realizado na Inglaterra e Irlanda, observa que os problemas médicos não são uma prioridade para as mulheres infectadas. Uma proporção substancial de mulheres HIV positivas não recebeu intervenções preventivas ou terapêuticas de benefício comprovado e sua participação em ensaios clínicos foi muito rara. Apesar de não ser possível distinguir entre falha de oferta e recusa da paciente, verificou-se que 20% das mulheres não haviam sido submetidas aos exames mais comuns para o diagnóstico de AIDS. Os autores sugerem que barreiras da parte das pacientes e/ou do trabalho dos profissionais de saúde devem ser investigadas[12].

Entre usuárias de drogas e/ou álcool e entre parceiras de usuários, a dificuldade de adoção de comportamentos seguros parece ser maior. Um estudo norte-americano demonstrou uma incidência de 61% de DST em usuárias de *crack* contra 34% em não-usuárias, em uma população de alto risco. Relacionou também o uso de drogas com o aumento da prostituição[13].

Em outro estudo norte-americano com portadores do vírus HIV adquirido provavelmente por via heterossexual, 35% declararam ter usado drogas não injetáveis, nos últimos cinco anos; e, 17% referiram o uso abusivo de álcool. Além disso, 47% das mulheres referiram parceiros sexuais usuários de drogas injetáveis[14].

A baixa renda e a menor escolaridade também podem ser entraves para o uso consistente do preservativo. Nos Estados Unidos, um estudo conduzido entre pessoas com HIV adquirido por transmissão sexual, dois terços eram de baixa renda e metade tinham menos de 12 anos de escolaridade[14].

No Brasil, dados de 1997 mostraram que 64,1% dos casos de AIDS entre mulheres maiores de dezoito anos de idade, tinham apenas o primeiro grau (completo ou incompleto), contra 57,5% dos homens[15].

2. INTERVENÇÕES ENTRE INDIVÍDUOS HIV POSITIVOS

Trabalhos de revisão mostram que investir esforços preventivos junto a portadores do HIV pode ser mais efetivo do que entre indivíduos da população geral por três razões: 1) maior efeito na disseminação da epidemia (custo-efetividade); 2) os portadores do HIV já demonstram um grau de altruísmo preventivo que geralmente é maior que os esforços de auto-proteção dos HIV negativos; e 3) existem razões para supor que este altruísmo pode ser reforçado através de intervenções apropriadas. Uma mudança no comportamento de risco de um indivíduo HIV positivo vai, em média, e na maioria das populações afetadas, demonstrar um efeito maior na disseminação do vírus do que uma mudança equivalente de uma pessoa HIV negativa. O tamanho desta diferença depende da prevalência do vírus na população: ocorre se é menor que 50% e será tanto maior quanto menor a prevalência. Por exemplo, em uma prevalência de 20%, o impacto será quatro vezes maior; em uma prevalência de 5%, este será dezenove vezes maior. No entanto, existem poucas intervenções preventivas endereçadas aos HIV positivos, comparadas aos negativos[16].

A razão principal para um portador do HIV adotar práticas de prevenção, mais do que evitar contaminação por outras cepas e outras infecções ou por pressão de um parceiro negativo, é a preocupação de não transmitir o vírus. Isto é demonstrado pelo relativamente baixo uso de preservativo em duplas soro-concordantes e pela maior segurança sexual dos positivos, do que dos negativos, no contato com parceiros de sorologia desconhecida. Como,

na maior parte das pesquisas, as pessoas HIV positivas aderem mais que as negativas, para evitar transmissão, discute-se se somente os portadores mais responsáveis tomariam parte de estudos ou se os portadores confessariam menos seus comportamentos de risco. No entanto, estudos demonstraram redução de DST, no período pós-teste, nos positivos, mas não nos negativos[16].

Uma revisão bibliográfica realizada em 1993, na Medline, concluiu que as evidências existentes suportam fortemente a eficácia de medidas educacionais para reduzir a transmissão do HIV e outras infecções[17]. Um estudo de intervenção dirigido a mulheres, na zona urbana de Ruanda, utilizou aconselhamento, vídeo, testagem sorológica e distribuição de preservativos. Ao final de dois anos, as mulheres HIV positivas foram as que mais utilizaram preservativos, diminuindo sua contaminação por gonococo[18].

Estudo em Gâmbia, com uma coorte de 31 prostitutas (12 HIV positivas), explorou o efeito de uma intervenção constituída por aconselhamento pós-teste e distribuição gratuita de preservativos. Um mês e dois meses após a intervenção, no entanto, o aconselhamento não teve efeito no uso de preservativos. Além do pequeno tamanho da amostra, esse achado pode ter ocorrido porque a taxa de uso já era alta antes da intervenção. Além disso, não houve controle de outras variáveis, como o uso abusivo de álcool. Os autores sugeriram que, quando os recursos são escassos, pode ser mais aconselhável o gasto com fornecimento de preservativos em locais de prostituição do que em aconselhamento individual[19].

Estudo de intervenção foi realizado com adolescentes HIV positivos, em três módulos, num total de 30 sessões, durante 18 meses, após prévio estudo etnográfico. Os módulos eram: Permanecer Saudável (adesão ao tratamento); Reduzir o Uso de Drogas e o Risco Sexual (com apelo ao altruísmo); e, Melhorar a Qualidade de Vida. Em relação ao sexo seguro, as sessões tinham o objetivo de reduzir transmissão, reinfecção e gestações indesejadas. Mostrou um

aumento do uso consistente de preservativo de 46% para 67% após o módulo inicial da intervenção[20].

Em outro estudo com adolescentes, os mesmos autores da intervenção anterior[20] definiram “3 meses anteriores”, como período recente; e “ausência de risco” como abstinência sexual ou uso de preservativos em 100% dos contatos sexuais. Investigaram, através de relato, número e *status* sorológico dos parceiros sexuais; número de atos sexuais, anais e vaginais sem preservativo, com parceiro HIV negativo; e, número de parceiros a quem a revelação da sorologia foi feita antes da relação sexual. A intervenção constituía em 23 sessões dirigidas a pequenos grupos. As entrevistas eram pagas e havia grupos-controle. As mulheres mostraram maiores mudanças positivas em estilo de vida. O grupo intervenção apresentou menor número de parceiros sexuais, menor número de parceiros HIV negativos (menos de 50%) e menor percentual de atos sexuais desprotegidos (diminuição de 82%). Entretanto, não houve diferença significativa na revelação da sorologia[6].

A confiabilidade do relato de comportamentos sexuais por adolescentes foi investigada por Brener e col[21]. Estes autores encontraram um índice Kappa para início da atividade sexual com menos de 13 anos de 0.71; para 4 ou mais parceiros sexuais na vida, de 0.81; e, para 4 ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses, de 0.48.

Estudo de validação foi realizado para avaliar a veracidade do auto-relato do uso de preservativo, em uma população urbana de alto risco para DST/HIV (coorte prospectiva). Foram investigados eventos sexuais e uso de preservativos nos últimos 30 dias, fatores de risco, história de DST e presença de infecções, através de exames laboratoriais para clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase. A investigação foi repetida 3 meses depois. Demonstrou que, nesta população, o auto-relato do uso de preservativo não esteve associado com menor incidência de DST, sugerindo que o auto-relato, mesmo em situações de pesquisa, pode estar sujeito a um viés de informação substancial[22]. Tal achado sugere que, idealmente, deve-se

utilizar marcadores biológicos, para medir o efeito de uma intervenção, além do relato do paciente.

Em intervenção multicêntrica realizada com usuários de drogas injetáveis (UDI) foi utilizado aconselhamento e testagem para HIV. O estudo foi de coorte, com 5 entrevistas pagas desenvolvidas ao longo de 12 meses. Foram investigados prática de sexo anal, oral e vaginal; uso de preservativos; compartilhamento de seringas; e, hábitos de higiene corporal. O diagnóstico de DST foi utilizado para avaliação. A redução no comportamento sexual de alto risco (menor número de parceiros e menos parceiros sem preservativo) esteve associada com teste positivo para HIV e duração do aconselhamento. O uso inconsistente de preservativo foi maior em centros onde estes estavam disponíveis somente sob solicitação e em que havia a promoção de abstinência sexual e de monogamia entre parceiros não infectados. Os UDI HIV positivos usaram quase 5 vezes mais o preservativo, em todas as relações; e, nenhum teve diagnóstico de DST após a primeira entrevista [23].

Um estudo transversal realizado nos Estados Unidos, em 1993-1994, examinou a disponibilidade para usar condons e anticoncepção, entre 3874 mulheres, de quatro cidades, em três tipos de locais: clínicas para portadores do HIV, clínicas gerais e comunidade. Incluiu somente mulheres com parceiros sexuais nos últimos 6 meses e teve como objetivo determinar diferenças que devem ser consideradas no planejamento de intervenções. Foi utilizado um modelo de mudança de comportamento que conceitualiza esse processo em 5 estágios, de acordo com a prontidão para modificação de comportamentos de risco. Foi avaliado o uso de condom com parceiro principal e/ou outros parceiros, uso de métodos anticoncepcionais, consistência do uso do preservativo (uso em 100% das relações sexuais vaginais) e intenção de uso em curto (30 dias) e longo prazos (6 meses). Uma maior proporção de mulheres em clínicas de portadores do HIV tinham usado condom consistentemente nos últimos 6 meses (45% versus 12% e 11%, respectivamente, em clínica geral e na comunidade). Em todos os

locais, a maior proporção de mulheres estavam no estágio I (sem intenção de uso consistentemente) com parceiro principal, comparado com o uso com outro parceiro. Nos estágios iniciais, estratégias que aumentem a consciência das mulheres sobre seu risco são as mais efetivas para influenciar mudança de estágio[24].

Em resumo, as intervenções dirigidas a portadores do vírus HIV envolvem técnicas para melhorar a qualidade de vida (os comportamentos de risco estão associados com estresse, baixa estima, insatisfação conjugal e problemas com álcool e drogas) e promover reflexão sobre a própria conduta e suas conseqüências (o que tem se mostrado efetivo, ao menos, entre soro-discordantes). Devem ser evitadas imposições ou julgamentos éticos e morais. Para a prevenção é necessário promover a testagem sorológica; identificar parcerias e testá-las; realizar o aconselhamento pós-teste; melhorar o contato com os HIV positivos; melhorar sua qualidade de vida; realizar intervenções educacionais, no caso de persistência de comportamentos de risco; e, conduzir intervenções cognitivas, quando factíveis. Em países pobres, pode-se pensar, inclusive, em auxílio econômico para portadores que se prostituem, para que abandonem esta atividade (custo-benefício); e, priorizar alternativas mais simples, baratas e efetivas[16].

Analisar as condições dos serviços que atendem estes pacientes também é importante. Nos Estados Unidos, DiFranceis e col. estudaram 77 serviços para tratamento de pacientes com AIDS. O objetivo do estudo era investigar os fatores que influenciam as atitudes de gerentes de programas de prevenção e equipes de trabalho, em relação a intervenções baseadas em resultados de pesquisas. Encontrou-se uma percepção, em geral, positiva, embora a avaliação dos diretores tenha sido mais favorável do que a das equipes de trabalho. Pessoas que trabalhavam em organizações de maior porte, que tivessem previamente participado de grupos de trabalho para intervenções ou que tivessem recebido assistência técnica externa, no passado, expressaram maior confiança em sua habilidade de implementar intervenções. Por outro lado,

indivíduos mais velhos e com maior nível de educação tinham menos confiança na habilidade de sua organização de implementar o modelo de intervenção. As barreiras mais citadas pelos respondentes foram falta de recursos financeiros e humanos e falta de tempo. Os resultados do estudo evidenciaram que, embora a eficácia de intervenções para redução de risco, baseadas em princípios comportamentais cognitivos, tenha sido amplamente documentada na literatura, a disseminação bem sucedida de modelos de prevenção do HIV, da pesquisa para a prática, vai requerer mecanismos de fornecimento de recursos e de assistência técnica, particularmente em serviços pequenos. Os pesquisadores podem facilitar este processo, tentando desenvolver intervenções que consumam menos recursos e menos tempo do que os modelos atuais[25].

Esse e os demais artigos encontrados na revisão bibliográfica encontram-se resumidos no Anexo 1.

As evidências acumuladas a partir destes estudos são suficientes para justificar intervenções que promovam o uso de preservativos em pacientes HIV positivos.

3. JUSTIFICATIVA

A interrupção da cadeia de transmissão do HIV é uma preocupação mundial. Enormes quantidades de recursos humanos e econômicos são despendidos na luta contra a AIDS, especialmente no tratamento dos doentes.

Intervenções que aumentem a adesão ao uso de preservativos, por pessoas sabidamente portadoras do HIV, são importantes para definir políticas públicas de prevenção da AIDS. A prevenção da infecção pelo HIV, além de seu peso social, levaria a uma grande economia de recursos públicos.

No Serviço de Assistência Especializada em paciente com HIV/AIDS(SAE), que funciona junto ao Ambulatório Central da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de

Pelotas (UFPeI), as mulheres HIV positivas são atendidas em consultas clínicas e ginecológicas, recebendo também o atendimento de enfermagem e de serviço social. Além das consultas, as pacientes freqüentam grupos de mulheres, de gestantes e de adesão ao tratamento, no caso de pacientes em uso de medicação antiretroviral. As pacientes, mesmo gestantes, são orientadas, nos diferentes níveis de atendimento, ao uso de preservativo em todas as relações sexuais. Esta orientação não é feita de forma sistemática ou padronizada, dependendo do profissional que atende a paciente. A distribuição gratuita de preservativos é feita através da farmácia do ambulatório e cada paciente pode retirar até 21 preservativos masculinos por mês.

O primeiro contato da paciente HIV positiva com o SAE pode ser no Ambulatório de Clínica ou no de Ginecologia. Independente da porta de entrada no SAE, na primeira consulta, normalmente, são solicitados exame citopatológico do colo uterino, exames sorológicos de rastreamento de outras DST (sífilis e hepatites) e exames de avaliação do impacto da infecção pelo HIV (carga viral e contagem de linfócitos CD4). Nem todas as pacientes femininas que consultam na clínica freqüentam o serviço de Ginecologia do SAE e vice-versa.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Promover, através de uma intervenção educacional dirigida a mulheres HIV positivas, pacientes do SAE/UFPeI, o aumento do uso de preservativo por parte de seus parceiros masculinos, durante as relações sexuais.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Medir a prevalência de uso do preservativo em portadoras do vírus HIV, diagnosticado há mais de 2 meses, que comparecem ao SAE/UFPeI;
- 2) Descrever o comportamento sexual desta população;
- 3) Descrever comportamentos de risco, como uso de álcool e drogas nestas pacientes;

- 4) Aumentar, através de uma intervenção, a prevalência de uso de preservativos.

5. HIPÓTESES

- 1) O uso de preservativos é mais freqüente entre portadoras de melhor situação socioeconômica e de maior escolaridade;
- 2) Os comportamentos de risco mais freqüentes são o não-uso ou uso não consistente do preservativo e o uso de álcool ou outras drogas;
- 3) As mulheres HIV positivas, alvo da intervenção, aumentarão a freqüência de uso de preservativos nesta população.

6. METODOLOGIA

6.1. Delineamento

Estudo de intervenção, não randomizado (quasi experimento) com grupo controle interno, não concorrente[26].

Serão formados dois grupos de mulheres: um, que será o controle ou grupo pré-intervenção; e outro, que receberá a intervenção, e que passará a ser chamado de grupo intervenção. Cronologicamente, o grupo pré-intervenção será inteiramente avaliado antes da seleção do grupo intervenção (grupo controle não concorrente). Após a conclusão da coleta de dados do grupo pré-intervenção, os profissionais do SAE receberão treinamento específico para aplicarem a intervenção proposta pelo atual estudo. Para ambos os grupos (intervenção e controle), será aplicado, no *baseline*, um questionário padronizado enfocando comportamento sexual, uso de preservativos e outras características individuais; e, serão coletados exames. Os

exames visam detectar a presença de gravidez e das seguintes DST: infecção por Clamídia, gonorréia, e tricomoníase.

O grupo pré-intervenção receberá somente o atendimento habitual do serviço, que inclui aconselhamento não sistematizado para práticas de sexo seguro e disponibiliza, mensalmente, para cada mulher, 21 preservativos masculinos. Normalmente, os preservativos somente são entregues se solicitados pela paciente e mediante apresentação, na farmácia, de receita assinada pelo médico. O uso dos preservativos é recomendado no serviço tanto em consultas como nas atividades de grupos de gestantes, de mulheres e de adesão, embora de forma não sistemática. Estas mulheres serão reentrevistadas, em domicílio, 30 e 60 dias após o ingresso no estudo. Nessas duas visitas de acompanhamento, será aplicada uma versão curta do questionário de *baseline*. Os exames complementares serão repetidos na segunda visita domiciliar, aos 60 dias.

Concluída a coleta de dados do segundo acompanhamento domiciliar do grupo pré-intervenção, terá início o treinamento da equipe de profissionais do SAE, habilitando-os a aplicar a intervenção. Imediatamente após o treinamento, terá início a seleção e acompanhamento do grupo intervenção. Será aplicado no *baseline* do grupo intervenção o mesmo questionário aplicado ao grupo pré-intervenção e, realizada a coleta dos exames. Após, a mulher receberá a intervenção breve durante a consulta médica e um passe que lhe permitirá retirar livremente preservativos na farmácia. Tal como o grupo pré-intervenção estas mulheres serão reentrevistadas, em domicílio, em 30 e 60 dias, com uma versão curta do questionário mais a repetição dos exames na segunda visita.

Para controlar o efeito da tendência secular ao uso de preservativos no grupo controle, ao final da coleta de dados do grupo intervenção, o grupo controle será revisitado, no domicílio, para checar a adesão referida ao uso de condom. Será utilizada nessa visita a versão

de controle de qualidade do questionário (reentrevista), já aplicada pela supervisora em 10% da amostra.

6.2. Justificativa para a escolha do delineamento

Estudos experimentais tem sido utilizados para examinar o impacto de práticas médicas e programas comportamentais que pretendem reduzir morbidade e mortalidade na comunidade. Em geral, estes estudos apresentam o maior controle sobre a situação de estudo porque são os que melhor permitem ao investigador isolar o efeito do fator em estudo[26].

Optou-se por um delineamento não randomizado porque existe somente um serviço de referência para pacientes com HIV/AIDS no município de Pelotas. Para randomizar, seria necessário buscar um outro serviço, em uma cidade da vizinhança, com características semelhantes a Pelotas, o que resultaria em aumento da complexidade e conseqüente aumento do custo financeiro do estudo. A randomização das pacientes usuárias do SAE-Pelotas torna-se impossível, por tratar-se de uma intervenção educacional: uma vez treinado, o profissional não poderá, eticamente, deixar de aplicar uma intervenção potencialmente benéfica em pacientes selecionados.

Uma segunda opção seria acompanhar o mesmo grupo de mulheres antes e depois do treinamento da equipe. A desvantagem desta abordagem é que o tempo necessário para que as mesmas mulheres retornassem, voluntariamente, à consulta seria, provavelmente, mais longo. Acrescente-se a isto o fato conhecido de que a adesão dos profissionais às intervenções educacionais tendem a enfraquecer ao longo do tempo, o que já foi visto em alguns estudos, embora não específicos para intervenções para estimular uso de preservativos[27, 28].

A utilização de um grupo de comparação interno tem vantagens sobre as opções de comparar o grupo intervenção com grupos externos. As características das usuárias do serviço

serão provavelmente mais semelhantes. Mesmo assim, as características de base dos dois grupos serão analisadas e comparadas e quaisquer diferenças serão controladas na análise.

6.3. População-alvo

Mulheres que se sabem portadoras do vírus HIV há mais de dois meses, atendidas no Serviço de Assistência Especializada em AIDS da Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Pelotas.

6.4. Amostra

As amostras inicialmente foram calculadas para um alfa de 5% e um beta de 0,2 (poder de 80%). O percentual inicial de uso de preservativo (40%) foi baseado no relato de pacientes do SAE que freqüentavam o Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do serviço (representando 51% das pacientes femininas). O aumento pretendido com a intervenção é de 15 pontos percentuais. Com estes parâmetros, seriam necessárias 171 mulheres em cada grupo. Considerando, no entanto, que o efeito da intervenção somente poderá resultar em incentivo ao uso de condom (e não em diminuição do uso) recalculou-se o tamanho da amostra para um alfa unicaudal. Para um alfa de 5% (unicaudal) e um poder de 80% , serão necessárias 134 pacientes em cada grupo, um total de 268 mulheres. Com o acréscimo de 25% para perdas e recusas chega-se ao total de 340 mulheres, com 170 em cada grupo.

6.5. Intervenção

A intervenção é composta por dois elementos: um educacional e outro que consiste na disponibilização livre de preservativos. Trata-se de uma intervenção breve, com duração de 10-15 minutos, traduzida e adaptada do original “Behavioral Surveillance Workgroup”, produzido pelo CDC[29], aplicada pelo médico do SAE, durante uma consulta ou atendimento individual. Os conteúdos contemplados pela intervenção deveriam fazer parte da consulta normal destas pacientes, mas muitas vezes isto não ocorre. O único fator novo é que as pacientes receberão informação padronizada e sistemática e terão mais preservativos que o usual. Portanto, a intervenção objetiva também convencer a equipe de que “perder” tempo da consulta com um conteúdo educacional funciona na prevenção da disseminação da infecção pelo HIV. A intervenção constará de quatro 4 módulos

educacionais versando, entre outros, sobre o significado da contaminação pelo HIV, cuidados de saúde e estímulo ao uso de preservativos (Anexo 2).

6.6. Seleção de sujeitos

Serão entrevistadas todas as pacientes, com idade igual ou superior a 15 anos que comparecerem ao referido serviço no período de seleção. Aquelas que preencherem os requisitos serão incluídas no estudo.

Os critérios de inclusão serão:

- Mulheres; pacientes do SAE/UFPel; com idade maior ou igual a 15 anos; gestantes ou não; e sabedoras da infecção pelo HIV há mais de 2 meses, independente da fase do curso da doença em que se encontrem (HIV positiva ou AIDS).

Os critérios de exclusão serão:

- Diagnóstico de portador do HIV há dois meses ou menos
- Na fase pós-intervenção serão excluídas mulheres que participaram da primeira fase do estudo (fase pré-intervenção).

O delineamento proposto incluirá no segundo grupo (pós-intervenção) apenas mulheres não incluídas pré treinamento. Este cuidado tem por finalidade evitar o efeito da co-intervenção, uma vez que as mulheres previamente entrevistadas e submetidas a acompanhamento com exames laboratoriais seriam diferentes das demais, que estivessem ingressando no estudo pela primeira vez.

6.7. Instrumentos

1) Questionário padronizado, aplicado por entrevistador e baseado no questionário do Behavioral Surveillance Workgroup (CDC)[30] e em material de pesquisas da UNAIDS [31]. O questionário terá uma versão longa para o *baseline* e uma curta para as entrevistas seguintes. Será previamente testado em 50 pacientes de um Ambulatório que atenda pacientes HIV positivas, em outra cidade (Rio Grande ou Porto Alegre). Os questionários estão disponíveis no Anexo 3.

2) Exames laboratoriais: serão realizados os seguintes exames:

Sorologia para: gravidez (BHCG).

Exame de urina para: Clamídia, gonococo e tricomonas.

6.8.1. Desfecho principal:

As variáveis dependentes estão descritas nos quadros 1 e 2, dispostos no final desta seção. O principal desfecho a ser analisado será o uso referido de preservativo na última relação sexual. As mudanças nas variáveis biológicas testadas (resultados dos exames sorológicos e urinários) e o controle da retirada de preservativos na farmácia serão utilizados como marcadores da adesão referida ao uso de preservativos. (Anexo 4)

6.8.2. Outros desfechos

6.8.2.1. Gerais: uso de preservativo na última relação sexual (URS); relações sexuais último mês; uso do preservativo último mês; relações sexuais últimos 3 meses; uso do preservativo últimos 3 meses; posse do preservativo/entrevista.

6.8.2.2. Com Marido/Companheiro: relações sexuais/ano; uso do preservativo/ano.

6.8.2.3. Com Parceiro regular: uso do preservativo/ano; data URS; uso de preservativo URS.

6.8.2.4. Com Parceiro ocasional: data URS; uso de preservativo URS.

6.8.2.5. Com Parceiro principal: uso de preservativos UR vaginal; uso de preservativos UR oral (F); uso de barreira URS oral (C); uso de preservativos URS anal; uso de barreira URS oral homossexual.

6.8.2.6. Com Parceiro ocasional: relações sexuais/ano; uso de preservativos UR vaginal; uso de preservativos UR oral (F); uso de barreira URS oral (C); uso de preservativos URS anal; uso de barreira URS oral homossexual.

6.8.2.7. Biológicas: positividade para Trichomonas; Clamídia; Gonococo; BHCG.

6.8.3. Desfechos intermediários

6.8.3.1. Adesão do médico à intervenção

As consultas serão observadas em 5-10% das pacientes dos dois grupos. Será realizada

observação estruturada destas consultas. O instrumento de coleta dos dados está disponível no Anexo 5.

6.8.4. Variáveis independentes

Serão coletadas variáveis socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, comportamentais, de conhecimento/opiniões, histórico sexual e condutas/controle de prontuário. Estas variáveis poderão se constituir em fatores de confusão da possível associação entre a intervenção e o uso de condons. Se for o caso, seus efeitos serão controlados na análise multivariável.

Os quadros 1 a 9, dispostos a seguir, descrevem as variáveis dependentes e independentes que serão investigadas.

Quadro 1 Variáveis Dependentes I

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
Geral			
➤ Uso de preservativo URS	Categórica Nominal	Feminino; Masculino; Não	Feminino; Masculino; Não
➤ Relações sexuais último mês	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso do preservativo último mês	Categórica Ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca	Sempre; Às vezes; Nunca
➤ Relações sexuais últimos 3 meses	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso do preservativo últimos 3 m	Categórica Ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca	Sempre; Às vezes; Nunca
➤ Posse do preservativo/entrevista	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Com Marido/Companheiro			
➤ Relações sexuais/ano	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso do preservativo/ano	Categórica Ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca	Sempre; Às vezes; Nunca
Com Parceiro regular			
➤ Uso do preservativo/ano	Categórica Ordinal	Sempre; Às vezes; Nunca	Sempre; Às vezes; Nunca
➤ Data URS	Categórica Nominal	7 dias; 4 semanas; >4 sem	7 dias; 4 semanas; >4 sem
➤ Uso de preservativo URS	Categórica Nominal	Feminino; Masculino; Não	Feminino; Masculino; Não
Com Parceiro ocasional			
➤ Data URS	Categórica Nominal	7 dias; 4 semanas; >4 sem	7 dias; 4 semanas; >4 sem
➤ Uso de preservativo URS	Categórica Nominal	Feminino; Masculino; Não	Feminino; Masculino; Não
Com Parceiro principal			
➤ Uso de preservativos UR vaginal	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de preservativos UR oral(F)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de barreira URS oral (C)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de preservativos URS anal	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de barreira URS oral homo	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não

Quadro 2 Variáveis Dependentes II

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
Com Parceiro ocasional			
➤ Relações sexuais/ano	Categórica binária	Sim ou não	Sim ou Não
➤ Uso de preservativos UR vaginal	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de preservativos UR oral (F)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de barreira URS oral (C) o	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de preservativos URS anal	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Uso de barreira URS oral homo	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Biológicas			
➤ Tricomonas	Categórica Binária	Positivo ou Negativo	Positivo ou Negativo
➤ Clamídia	Categórica Binária	Positivo ou Negativo	Positivo ou Negativo
➤ Gonococo	Categórica Binária	Positivo ou Negativo	Positivo ou Negativo
➤ BHCG	Categórica Binária	Positivo ou Negativo	Positivo ou Negativo

Quadro 3 Variáveis independentes socioeconômicas e demográficas

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
Socioeconômicas			
➤ Escolaridade	Numérica Discreta	Anos Completos	Nenhuma, 1-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais
➤ Informação:			
- Jornal	Categórica Ordinal	Todos os dias; pelo	Todos os dias; às vezes;
- Rádio	Categórica Ordinal	menos 1 vez/semana;	Nunca
- Televisão	Categórica Ordinal	menos seguido; nunca.	
➤ Renda familiar	Numérica Contínua	Reais	Salários mínimos
➤ Número de pessoas na Casa	Numérica Discreta	Número	Número
➤ Renda pessoal	Numérica Contínua	Reais	Salários mínimos
Demográficas			
➤ Idade	Numérica Discreta	Anos completos	15-19, 20- 24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50 ou mais
➤ Cor da pele	Categórica Binária	Branca ou Não Branca	Branca ou Não Branca
➤ Estado civil	Categórica Nominal	Solteiro, casado (ou com companheiro), viúvo, Separadoa/divorciado	Solteiro, casado (ou com Companheiro), viúvo, Separado/divorciado
➤ Religião(Prática)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não

Quadro 4 Variáveis independentes reprodutivas

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
Reprodutivas			
➤ Número de gestações	Numérica Discreta	Número	Nenhuma, 1-3; 3-6; > 6
➤ Número de filhos vivos	Numérica Discreta	Número	Nenhum, 1-3; 3-6; >66
➤ Número de filhos que moram com a mulher	Numérica Discreta	Número	Nenhum, 1-3; 3-6; >6
➤ Filho morto pela AIDS	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Gravidez no momento da Entrevista	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Gravidez nos últimos 2 anos	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Pré-natal na última gestação	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Local do pré-natal	Categórica Nominal	Posto de saúde bairro ou outro; médico particular; Ambulatório de Hospital; Ambulatório Faculdade; Ambulatório empresa; outro	Posto de saúde bairro ou outro; médico particular; Ambulatório de Hospital; Ambulatório Faculdade; Ambulatório empresa; outro
➤ Exame ginecológico no pré-Natal	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Intenção de engravidar	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Data do último pré-câncer	Numérica Discreta	Anos	Menos de 1 ano; 1-3 anos; mais de 3 anos; nunca fez.
➤ Local de coleta do último CP	Categórica Nominal	Posto de saúde bairro ou outro; médico particular; Ambulatório de Hospital; Ambulatório Faculdade; Ambulatório empresa; Outro	Posto de saúde bairro ou outro; médico particular; Ambulatório de Hospital; Ambulatório Faculdade; Ambulatório empresa; outro

Quadro 5 Variáveis independentes Comportamentais, Conhecimento/Opiniões

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
Comportamentais			
➤ Tabagismo	Categórica Ordinal	Não fumante; ex-fumante; Fumante	Não fumante; ex-fumante; Fumante
➤ Número de cigarros por dia	Numérica Discreta	Número	1-10; 11-20; >20
➤ Consumo de álcool nas últimas 4 semanas	Categórica Ordinal	Nunca; menos de 1 vez/ Semana; pelo menos 1 vez/semana; todos os dias	Nunca; menos de 1 vez/ semana; pelo menos 1 vez/semana; todos os dias
➤ Usuária de drogas injetáveis (UDI) último ano	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Conhecimento/Opiniões			
➤ Formas de proteção contra HIV	Categórica Ordinal	Nenhum acerto; < 50% de acertos; 50-80%; >80% de acertos	Nenhum acerto; < 50% de acertos; 50-80%; >80% de acertos
➤ Uso de preservativo alguma vez	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Ouviu falar em preservativo	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Já viu um preservativo	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Conhece local/pessoa para conseguir preservativos	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Locais para conseguir preservativos	Categórica Nominal	Loja; Farmácia; Hospital/Clínica; Bar/ Hotel/Motel; outro	Loja; Farmácia; Hospital/Clínica; Bar/ Hotel/Motel; outro
➤ Aspecto da pessoa infectada	Categórica Binária	Sempre sintomática; pode parecer saudável.	Sempre sintomática; pode parecer saudável.
➤ Revelação da sorologia	Categórica Binária	Manter segredo; revelar	Manter segredo; revelar
➤ Permissão de trabalho com outras Pessoas	Categórica Binária	Permitir; Não permitir	Permitir; Não permitir
➤ Cuidados de saúde para AIDS	Categórica Nominal	Igual; Mais; Menos	Igual; Mais; Menos

Quadro 6 Variáveis independentes Histórico Sexual I

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
História Sexual			
➤ Idade de início da atividade sexual	Numérica Discreta	Idade em anos	<18; 18 ou mais
➤ Relações sexuais no último mês	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Método anticoncepcional no último mês	Categórica Nominal	Nenhum; histerectomia; LT; vasectomia; ACO; DIU; coito interrompido; gel espermaticida; Tabelinha; camisinha; diafragma; infértil; outro	Nenhum; histerectomia; LT; vasectomia; ACO; DIU; coito interrompido; gel espermaticida; tabelinha; camisinha; diafragma; infértil; outro
➤ DST último ano	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Informação parceiro DST/ano	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Proteção parceiro DST/ano	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Meio de proteção parceiro DST/ano	Categórica Nominal	Preservativos; Abstinência; Medicação; Consulta	Preservativos; Abstinência; Medicação; Consulta
➤ Drogas por sexo último ano	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Dinheiro por sexo último ano	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Relações de marido/companheiro com outra(o, s) parceira(o, s)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Número de outra(o, s) parceira(o,s)	Numérica discreta	Número	Número
➤ Relações com outro(s) parceiro(s) regular(es)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Número de outro(s) parceiro(s) regular(es)	Numérica discreta		
➤ Relações com outro(s) parceiro(s) eventual(is) último ano	Categórica Binária		

Quadro 7 Variáveis independentes Histórico Sexual II

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
➤ Número de outro(s) parceiro(s) eventual(is) último ano	Numérica Discreta	Número	Número
➤ Dinheiro na última relação sexual com parceiro eventual	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Conhecimento do parceiro Eventual da última relação	Categórica Binária	Antes ou Primeira Vez	Antes ou Primeira Vez
➤ Razão para o não uso de Preservativo na última relação com Parceiro eventual	Categórica Nominal	Não disponível; preço; parceiro não quis; não gosto	Não disponível; preço; parceiro não quis; não gosto
➤ Onde conseguiu preservativo na Última relação com parceiro Eventual	Categórica Nominal	Parceiro; Loja; Farmácia; Hospital/Clínica; SAE; Bar/Hotel/Motel; outro	Parceiro; Loja; Farmácia; Hospital/Clínica; SAE; Bar/Hotel/Motel; outro
➤ Sexo vaginal UR principal heterossexual	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo oral (F) UR principal heterossexual	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não

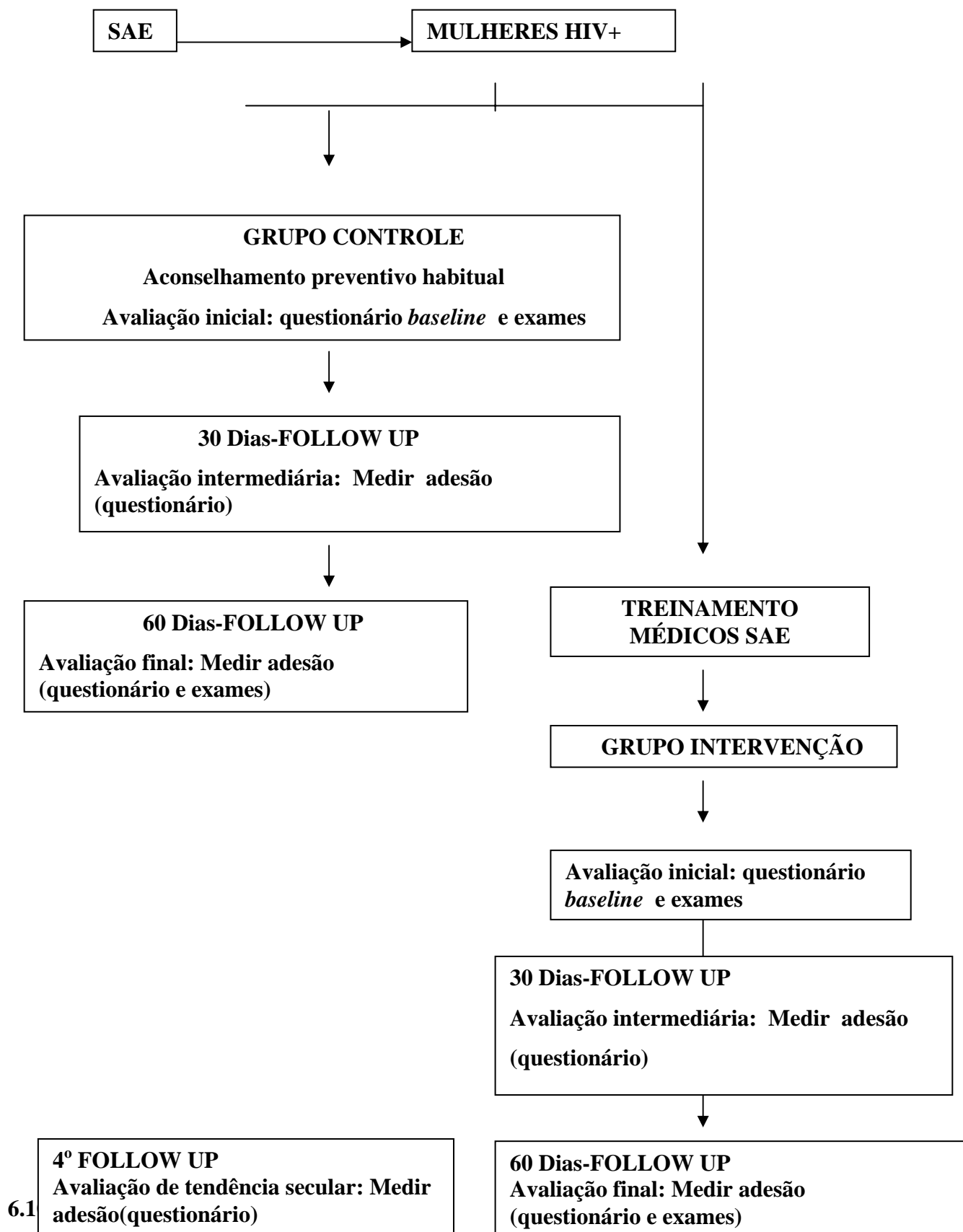
Quadro 8 Variáveis independentes Histórico Sexual III

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
História sexual			
➤ Sexo anal UR principal hetero	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo oral (C)UR principal hetero	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo oral (C) UR principal homo	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Relação último ano com mulheres	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo vaginal UR ocasional hetero	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo oral (F) UR ocasional hetero	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo anal UR ocasional hetero	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo oral (C)UR ocasional hetero	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Sexo oral (C) UR ocasional homo	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Revelação da sorologia ao parceiro ocasional/última relação	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Motivo da não revelação da sorologia ao parceiro ocasional/última relação	Categórica Nominal	Medo de abandono; parceiro HIV+; medo de agressão; usou preservativo (sexo seguro)	Medo de abandono; parceiro HIV+; medo de agressão; usou preservativo (sexo seguro)
➤ Sorologia parceiro ocasional/UR	Categórica Binária	Positivo ou Negativo	Positivo ou Negativo
➤ Revelação da sorologia ao parceiro principal/última relação	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
➤ Motivo da não revelação da sorologia ao parceiro principal/última relação	Categórica Nominal	Medo de abandono; parceiro HIV+; medo de agressão; usou preservativo (sexo seguro)	Medo de abandono; parceiro HIV+; medo de agressão; usou preservativo (sexo seguro)
➤ Sorologia parceiro principal/UR	Categórica Binária	Positivo ou Negativo	Positivo ou Negativo
➤ Conselho médico/profissional de saúde para revelar sorologia ao(s) parceiro(s)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não

Quadro 9 Variáveis independentes Histórico Sexual IV, Condutas/Controle de Prontuário

Variável	Tipo	Escala de coleta	Escala de análise
Histórico sexual			
➤ Parceiro na última relação	Categórica Nominal	Marido/companheiro; parceiro regular; parceiro ocasional	Marido/companheiro; parceiro regular; parceiro ocasional
Condutas			
➤ Tratamento realizado paciente	Categórica Nominal	Nenhum; Tricomonas; Gonococo; Clamídia	Nenhum; Tricomonas; Gonococo; Clamídia
➤ Tratamento recomendado Parceiro(s)	Categórica Nominal	Nenhum; Tricomonas; Gonococo; Clamídia	Nenhum; Tricomonas; Gonococo; Clamídia
Controle Prontuário			
➤ Consultas após primeira entrevista	Numérica Discreta	Número	Número
➤ Preservativos farmácia/mês	Numérica Discreta	Número	Número
➤ Status paciente data primeira Entrevista	Categórica Nominal	Sintomático; assintomático; AIDS comprovada por exames	Sintomático; assintomático; AIDS comprovada por exames

6.9. Modelo da intervenção



Serão seleccionadas entrevistadoras mulheres com, no mínimo, segundo grau completo.

Serão levados em conta experiência prévia em pesquisas e disponibilidade de horário para a fase de *baseline* de cada um dos grupos. Serão necessárias três entrevistadoras, por turno; além de uma coletadora de sangue e urina. Para as visitas domiciliares, serão organizadas equipes com duas entrevistadoras e uma coletadora. Duas visitadoras serão responsáveis pela administração de medicações em pacientes com exames alterados.

6.11. Treinamento de pessoal e estudo piloto

Será realizado treinamento das entrevistadoras na aplicação dos questionários (longo e curto), com duração de três dias. O treinamento abrangerá forma de aproximação da paciente, ética, necessidade de manter sigilo sobre as informações e aplicação dramatizada dos questionários.(Anexo 6)

6.12. Coleta dos dados

Inicialmente será feita uma aproximação com todas as mulheres com 15 anos ou mais que vierem à consulta no SAE. Será investigada a data em que ela foi informada da sorologia e, se estiver dentro dos critérios do estudo, se explicará sobre a pesquisa. Será feito o convite para participar do estudo e solicitada a assinatura do termo de consentimento (Anexo 7). No caso de mulheres analfabetas, se solicitará a impressão do polegar no documento, após leitura do mesmo para a paciente.

Na primeira fase, será formado o grupo pré-intervenção, com 170 mulheres, cujas fichas ficarão marcadas com uma etiqueta branca para que não sejam reentrevistadas. Na segunda fase, após treinados os profissionais, será formado o grupo intervenção, também de 170 mulheres, cujas fichas serão marcadas com uma etiqueta de cor vermelha. Em caso de recusa, será colocada a etiqueta correspondente e novo contato com a paciente será tentado, através da coordenadora do estudo.

6.12.1. Fala Padrão de Abordagem

As pacientes serão abordadas pela entrevistadora na sala de espera do Sae, sendo chamadas para uma conversa privada.

Esta fala de abordagem, a seguir, será testada juntamente com o questionário.

“Estamos realizando uma pesquisa aqui no SAE com as mulheres que tem o vírus da AIDS.

Esta pesquisa quer encontrar maneiras de melhorar a sua qualidade de vida e a de outras mulheres com este vírus. Além disto, estamos tentando impedir que outras mulheres como você se contaminem com o vírus da AIDS. Para isto, é muito importante que você participe, respondendo algumas perguntas. Estas perguntas podem parecer embaraçosas às vezes, mas suas respostas vão nos ajudar muito. Além disto, gostaríamos de realizar alguns exames de sangue e urina para ver como vai sua saúde. Se você tiver alguma doença que possamos tratar, nós lhe informaremos e lhe daremos a medicação de forma gratuita. Tomar esta medicação, se necessário, será muito importante para você e sua saúde. Você deve saber que, se não quiser participar, seu tratamento neste serviço continuará sem problemas. No entanto, gostaríamos muito de sua ajuda. Está bem para você ?”

6.12.2. Coleta de exames e tratamento

Serão coletados sangue e urina para os exames. Na primeira consulta, esta coleta será realizada no SAE, após a aplicação do questionário de *baseline*. A próxima coleta será realizada no domicílio, durante o segundo acompanhamento, 60 dias após a consulta inicial. No caso de pacientes portadoras de doenças tratáveis como clamídia, gonorréia e tricomoniase, serão oferecidos, gratuitamente, tratamentos padrão. Estes tratamentos serão aplicados no domicílio ou no serviço, em dose única e, preferencialmente, a medicação será tomada na presença do visitador. Será fornecido o tratamento do companheiro e/ou do(s) parceiros para a paciente e recomendada a sua realização. A medicação será fornecida independentemente de haver sido receitada na consulta habitual. Esta conduta baseia-se em dois aspectos. Primeiro, como o uso do preservativo deverá prevenir a ocorrência de DST, o não tratamento de uma doença pré-existente implicará em erro de classificação do desfecho, em mulheres que aderirem à intervenção. Tal erro, se presente, desviaria o efeito da intervenção em favor da hipótese nula.

Em segundo lugar, o fato de haver recebido uma receita médica, em consulta regular, não permite pressupor que a paciente utilizou a medicação apropriadamente.

Assume-se, com isso, o fato de que algumas mulheres irão receber dois tratamentos para o mesmo episódio de uma doença (um prescrito pelo médico do SAE e outro pelo estudo). Entretanto, os medicamentos que serão utilizados pelo estudo estão de acordo com as sugestões da CNDST/AIDS do Ministério da Saúde[32] e nenhuma das medicações deverá provocar intoxicação, mesmo em dose dobrada[33].

Medicação padrão (Manual de DST): Clamídia: Azitromicina 1 grama VO em dose única;

Gonorréia: Ciprofloxacina 500mg VO dose única (Gestante: Cefixima: 400mg VO dose única);

Tricomoniase: Metronidazol 2 gramas VO dose única (Gestante tratar só após o primeiro trimestre)

Medidas de biosegurança: As coletadoras de sangue receberão orientações de biosegurança, conforme orientações do Ministério da Saúde. Em caso de acidentes, a quimioprofilaxia poderá ser utilizada com base nos critérios recomendados pela CNDST/AIDS do Ministério da Saúde[32].

6.12.3. Controle de qualidade

Serão repetidas, em formato breve, 5% de todas as entrevistas, pela coordenadora do estudo (Anexo 8). Os exames serão repetidos em 5-10% das amostras coletadas de urina e sangue.

7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Serão feitas duas digitações com o programa Epi-Info 6.0, com o objetivo de realizar uma posterior comparação e, dessa maneira, garantir uma maior qualidade dos dados. Será feita

uma checagem automática dos dados, no momento da digitação, com o uso da função Check do Epi-Info, para verificação de amplitude e consistência. Para identificar e corrigir inconsistências de codificação, revisão e digitação será realizada limpeza dos dados, através da obtenção de frequências das variáveis coletadas, pelo programa SPSS 8.0.

Na análise, será utilizado o programa SPSS 8.0. O nível de significância de 5% unicaudal será utilizado em toda a análise. Os dois grupos serão inicialmente comparados em termos de frequência das variáveis independentes e de uso de preservativos nas relações sexuais de acordo com as informações obtidas no *baseline*. Testes de Qui-quadrado ou testes “t” serão utilizados nessa comparação. A análise multivariada será realizada por regressão logística sendo o efeito da intervenção ajustado, se necessário, para quaisquer diferenças entre os dois grupos que possam atuar como fatores de confusão.

8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será submetido a Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina. Os resultados do estudo serão comunicados à Equipe do SAE, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Ministério da Saúde . Será solicitado consentimento informado por escrito às entrevistadas e assegurado o direito de não resposta de parte ou de todo o questionário. O Termo de Consentimento está descrito no Anexo 7.

Todos os resultados de exames e tratamentos aplicados às mulheres do estudo serão registrados no prontuário da paciente ao final do estudo, para que os médicos fiquem cientes de tais procedimentos.

O treinamento para os profissionais do SAE será fornecido a toda a equipe, incluindo médicos residentes, enfermeira e assistente social.

9. ORÇAMENTO

Descrição	Valor	Quantidade	Valor Total
Folhas de papel A4	0,02	20.000	R\$400,00
Impressão	0,15	21.420	R\$3.213,00
Lápis	0,30	200	R\$60,00
Borracha	0,35	100	R\$35,00
Canetas	0,45	20	R\$9,00
Pranchetas	1,25	15	R\$18,75
Etiquetas	0,02	340	R\$6,80
Folders	0,35	600	R\$210,00
Entrevistadores	10/entrevista feita	1190	R\$11.900,00
Coletadores	420,00/mês	6	R\$2.520,00
Visitadores (medicação)	5/visita	296	R\$1.480,00
Digitadores	300,00	2	R\$600,00
Auxiliar de supervisão	1000,00 por mês	10	R\$10.000,00
Supervisor	1500,00 por mês	10	R\$15.000,00
Vale-transporte	0,90	7340	R\$6.906,00
Preservativos	0,60	21000	R\$12.600,00
Azitromicina 1 grama	26,18	222	R\$5.812,00
Metronidazol 2 gramas	1,9	222	R\$421,80
Ciprofloxacina 500 mg	9,00	222	R\$ 1998,00
Laboratório			
Clamídia (urina)	84,00	680	R\$ 57.120,00

Gonococo (urina)	84,00	680	R\$ 57.120,00/
Tricomonas (urina)	5,00	680	R\$ 3.400,00
BHCG (sangue)	13,75	680	R\$9.350,00
Tubo gel para coleta de sangue	2,00	680	R\$1360,00
Seringa + agulha e acessórios	3,00	680	R\$2040,00
Frasco para coleta de urina	0,50	680	R\$340,00
Contêiner para transporte de Amostras	150,00	1	R\$150,00
Total			R\$203.770,35

10. CRONOGRAMA

Tempo de coleta: Estima-se o tempo de coleta em 10 meses. São atendidas no SAE cerca de 40 mulheres por semana. Isto implicaria em um tempo de cerca de 6 semanas para a formação de cada grupo. Este tempo inclui o recrutamento das pacientes e a coleta dos dados. O início do trabalho de campo depende também da liberação do financiamento necessário.

11. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como o estudo se baseia na investigação de variáveis relacionadas à sexualidade humana, provavelmente haverá algumas dificuldades na coleta das informações, mesmo com o adequado treinamento dos entrevistadores. O fato de ser coletado no serviço poderá levar a um

aumento do comportamento idealizado por parte dos pacientes, com o objetivo de “agradar” a equipe. Isto no entanto poderá ocorrer nos dois grupos de pacientes. Para tentar contornar este problema, serão utilizadas entrevistadoras que não façam parte da equipe do SAE. As entrevistas serão individuais e a confidencialidade das informações será enfatizada.

Em relação ao possível problema de avaliação de comportamentos sexuais e uso de preservativos por relato, que em alguns estudos não se mostrou confiável, será feita a comparação do relato com os resultados de variáveis biológicas (exames diagnósticos de DST).

A principal limitação metodológica refere-se ao fato do estudo não ser randomizado, por razões já expostas.

12.BIBLIOGRAFIA:

- 1.UNAIDS, *Reports on the global HIV/AIDS epidemic*. June 2000.
- 2.http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_dez99_jun00/tabela_3_e_4.htm. (disponível em 26 de fevereiro de 2001).

3. Wainberg, M. and G. Friedland, *Public Health Implications of Antiretroviral Therapy and HIV Drug Resistance*. JAMA, 1998. **279**(24): p. 1977-1983.
4. Solomon MZ, D.W., *Preventing AIDS and other STDs through Condom Promotion: A Patient Education Intervention*. Am J of Public Health, 1989. **79**(4): p. 453-58.
5. Wilson TE, M.L., Riester KA, Barkan S, Richardson J, Young M, Gurtman A, Greenblatt R, *Sexual, contraceptive, and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for infection: results from the Women's Interagency HIV Study*. Aids, 1999. **13**: p. 591-98.
6. Rotheram-Borus, M.J., et al., *Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV*. Am J Public Health, 2001. **91**(3): p. 400-5.
7. Schultz, J.R., et al., *Developing theory-based risk-reduction interventions for HIV-positive young people with haemophilia*. Haemophilia, 2001. **7**(1): p. 64-71.
8. De Rosa, C.J. and G. Marks, *Preventive counseling of HIV-positive men and self-disclosure of serostatus to sex partners: new opportunities for prevention*. Health Psychol, 1998. **17**(3): p. 224-31.
9. Murdaugh, C., R.B. Russell, and R. Sowell, *Using focus groups to develop a culturally sensitive videotape intervention for HIV-positive women*. J Adv Nurs, 2000. **32**(6): p. 1507-13.
10. Stevens, P.E., *Impact of HIV/AIDS on women in the United States: challenges of primary and secondary prevention*. Health Care Women Int, 1995. **16**(6): p. 577-95.
11. Knauth D, *Maternidade sob o signo da AIDs: um estudo sobre mulheres infectadas.*, in *Direitos Tardios: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*, E. 34, Editor. 1997: São Paulo. p. 39-64.
12. Mercey, D., et al., *Uptake of medical interventions in women with HIV infection in Britain and Ireland*. Study Group for the MRC Collaborative Study of HIV Infection in Women. Genitourin Med, 1996. **72**(4): p. 281-2.
13. DeHovitz JA, K.P., Feldman J, Sierra MF, Clarke L, Bromberg J, et al., *Sexually transmitted diseases, sexual behavior, and cocaine use in inner-city women*. Am J Epidemiol, 1994. **140**(12): p. 1125-34.
14. Diaz T, C.S., Conti L, Sorvillo F, Checko PJ, Hermann P, et al., *Risk behaviors of persons with heterosexually acquired HIV infection in the United States: results of a multistate*

surveillance project. J Acquir Immune Defic Syndr, 1994. **7**(9): p. 958-63.

15.Bastos FI, S.C., *AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence*. Cadernos de Saúde Pública, 2000. **16**: p. 65-76.

16.King-Spooner, S., *HIV prevention and the positive population*. Int J STD AIDS, 1999. **10**(3): p. 141-50.

17.Jewett, J.F. and F.M. Hecht, *Preventive health care for adults with HIV infection*. Jama, 1993. **269**(9): p. 1144-53.

18.Allen, S., et al., *Confidential HIV testing and condom promotion in Africa. Impact on HIV and gonorrhea rates*. Jama, 1992. **268**(23): p. 3338-43.

19.Pickering, H., et al., *The effects of post-test counselling on condom use among prostitutes in The Gambia*. Aids, 1993. **7**(2): p. 271-3.

20.Rotheram-Borus, M.J. and S. Miller, *Secondary prevention for youths living with HIV*. AIDS Care, 1998. **10**(1): p. 17-34.

21.Brener ND, C.J., Kann L, Warren CW, Williams BL., *Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire*. Am J Epidemiol, 1995. **141**: p. 575-80.

22.ZenilmanJM, W.C., Rompalo AM, Ellish N, Upchurch DM, Hook EW and Celentano D, *Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use*. Sexually Transmitted Diseases, 1995. **22**: p. 15-21.

23.MacGowan, R.J., et al., *Sex, drugs and HIV counseling and testing: a prospective study of behavior-change among methadone-maintenance clients in New England*. Aids, 1997. **11**(2): p. 229-35.

24.O'Campo, P., et al., *Distribution along a stages-of-behavioral-change continuum for condom and contraceptive use among women accessed in different settings*. Prevention of HIV in Women and Infants Demonstration Projects. J Community Health, 1999. **24**(1): p. 61-72.

25.DiFranceisco, W., et al., *Factors influencing attitudes within AIDS service organizations toward the use of research-based HIV prevention interventions*. AIDS Educ Prev, 1999. **11**(1): p. 72-86.

26.Kleimbaum, D.G., L.L. Kupper, and H. Morgenstern, *Epidemiologic Researchs*. 1a ed. Vol. 1.

1982: Van Nostrand Reinhold Company Inc. 529.

27.Rea, M., Venancio, SI, Martines, JC, Savage, F, *Counseling on breastfeeding: assessing knowledge and skills*. Bull. World Health Organ., 1999. **77**: p. 492-498.

28.Santos I, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, Pelto G, *Nutrition Counseling Increases Weight Gain among Brazilian Children*. The Journal of Nutrition, 2001. **131**(11): p. 2866-2873.

29.Abuse, N.I.o.D., ed. *The NIDA Community-Based Outreach Model*. 2000.

30.http://www.cdc.gov/nchstp/od/core_workgroup/default.htm. (disponível em 18 de agosto de 1999).

31.Organization, G.P.o.A.W.H., *Second generation surveillance for HIV Compilation of Basic Materials*. 2001, World Health Organization: Geneva.

32.Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, M.d.S., *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Terceira Edição ed. 1999, Brasília: Ministério da Saúde. 141.

**PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
MARIÂNGELA FREITAS DA SILVEIRA**

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Julho de 2004

Este relatório propõe-se a descrever a preparação e testagem dos instrumentos utilizados nesta pesquisa, assim como o desenrolar do trabalho de campo propriamente dito, com a coleta dos dados e a intervenção aplicada.

1. CONFECCÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Os questionários foram baseados no questionário do Behavioral Surveillance Workgroup (1) e em material de pesquisas da UNAIDS (2). Consistiam em uma versão longa para o *baseline* e uma curta para as entrevistas seguintes (30 e 60 dias após a entrevista inicial). Os questionários foram testados em doze pacientes femininas HIV positivas, que consultaram no Ambulatório especializado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em outubro de 2002, sendo então feitas as modificações necessárias. O tempo de entrevista variou de 10-20 minutos. Os questionários estão disponíveis no Anexo 3.

2. INTERVENÇÃO

A intervenção era composta por dois elementos: um educacional e outro que consistia na disponibilização livre de preservativos. Intervenção breve, de 10-15 minutos, traduzida e adaptada do original “Behavioral Surveillance Workgroup”, produzido pelo CDC (3), aplicada pelo médico do SAE, durante uma consulta ou atendimento individual, constando de quatro módulos educacionais versando, entre outros, sobre o significado da contaminação pelo HIV, cuidados de saúde e estímulo ao uso de preservativos (Anexo 2).

A intervenção foi testada pela supervisora em 10 pacientes do Ambulatório de Ginecologia do SAE do Hospital Universitário da FURG (Rio Grande), tendo tido sua aplicação uma duração média de 6,5 minutos.

3. SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS

A seleção das entrevistadores iniciou no mês de fevereiro de 2003, com os seguintes pré-requisitos:

Critérios obrigatórios:

Sexo feminino; ter 40h semanais disponíveis em horários diurnos, noturnos e finais de semana; ter 2º grau completo.

Critérios adicionais:

Experiência prévia em pesquisa populacional.

Foram selecionadas quatro candidatas para o treinamento.

4. TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

No período de 10/03 a 12/03 de 2003 realizou-se o treinamento das entrevistadoras para o trabalho de campo conforme a tabela abaixo.

HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA
08:30-10:00	Apresentação geral Apresentação da logística	Estudo do material	Dramatização (situações problemáticas)
10:00-10:15	Intervalo	Intervalo	Intervalo
10:15-12:00	Leitura de questionários e manuais	Estudo do material	Reunião para definição da logística
12:00-14:00	ALMOÇO	ALMOÇO	
14:00-16:00	Leitura de questionários e manuais (cont.)	Dramatização	
16:00-16:15	Intervalo	Intervalo	
16:15-18:00	Dramatização	Dramatização Prova escrita	

Apresentação geral

- apresentação do projeto global (sem detalhar objetivos e hipóteses)
- técnicas de entrevista
- definição das atividades do entrevistador

Apresentação da logística e metodologia

- treinamento
- coleta de dados
- número de mulheres a serem entrevistados
- sistema de trabalho conjunto
- carga horária
- remuneração
- relação dos entrevistadores (nome, endereço, telefone)
- reuniões de equipe

Manuais e questionários:

- distribuição dos questionários, manuais de instruções e recomendações
- leitura conjunta
- discussão de dúvidas dos itens do questionário e do manual

Avaliação da leitura

- reunião entre toda a equipe do estudo
- leitura do relatório e discussão das dúvidas comuns entre os grupos

Simulação(“Role-playing”)

- Aplicação dos questionários entre os entrevistadores e com “atores” externos ao estudo
- Entrevistas observadas
- Discussão das dificuldades/dúvidas encontradas na aplicação do questionário

A avaliação final das entrevistadoras foi através de prova escrita, com vinte questões relativas a logística do estudo e ao questionário e manuais, com cinco opções objetivas de resposta.

Além disto, foi realizada uma avaliação subjetiva, com valores de zero a 10, pelo supervisor que levava em conta os seguintes critérios, observados durante o treinamento:

- Saber lidar com situações embaraçosas
- Capacidade de iniciativa
- Habilidade em abordar pessoas
- Responsabilidade e idoneidade
- Qualidade no preenchimento do questionário: letra e números legíveis e não deixar campos em branco
- Frequência e assiduidade
- Adesão ao questionário: saber interpretar e marcar corretamente as respostas
- Forma de lidar com uma resposta claramente errada: estar alerta

As quatro entrevistadoras foram selecionadas. Ao longo do trabalho de campo uma das entrevistadoras se afastou da coleta.

5. TREINAMENTO DAS OBSERVADORAS DAS CONSULTAS

Duas estudantes de Medicina foram treinadas durante os meses de janeiro e fevereiro de 2003. O treinamento consistiu em observações de consulta, reuniões e dramatizações, visando a compreensão da consulta médica e dos itens a serem observados. Foi construído um *check-list* para a observação das consultas (Anexo 5). Ao longo do estudo, estas observadoras assistiram dezoito consultas em três fases diferentes da coleta de dados: grupo pré-intervenção, grupo intervenção até dois meses após o treinamento dos profissionais do SAE e grupo intervenção após este prazo, perfazendo 10,6% das pacientes em cada fase.

6. TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DO SAE

Optou-se por treinar além dos médicos que seriam os responsáveis pela intervenção, a enfermeira e a assistente social do SAE, no sentido de caracterizar esta atividade como um trabalho de equipe. O treinamento foi realizado nos dias 09/07 e 10/07 de 2003, num total de doze horas. A intervenção foi marcada para iniciar no dia 14/07/2003.

O treinamento consistiu na apresentação da justificativa para a intervenção, em oficinas de sensibilização e na apresentação do conteúdo e logística da intervenção. O material utilizado encontra-se no Anexo 9.

Foram treinados sete clínicos gerais, uma ginecologista, cinco médicos residentes em ginecologia, uma enfermeira e uma assistente social.

Na metade do mês de novembro de 2004 a supervisora conversou novamente com todos os profissionais do SAE, relembrando que o estudo ainda estava em andamento e distribuindo uma mensagem (Anexo 10).

7. COLETA DE DADOS

As entrevistadoras foram orientadas a fazer uma aproximação com todas as mulheres com 15 anos ou mais que consultassem no SAE. Se a paciente soubesse ser HIV positiva há mais de 2 meses, era informada sobre a pesquisa e convidada a participar do estudo. Era solicitada a assinatura do termo de consentimento (Anexo 7) e, no caso de mulheres analfabetas, solicitada a impressão do polegar no documento, após leitura do mesmo para a paciente.

A fase inicial da coleta de dados, referente ao grupo pré-intervenção de 170 mulheres, iniciou-se no dia 19 de março de 2003, sendo encerrada no início de julho de 2003, após a última reentrevista de 60 dias programada.

A segunda fase, referente ao grupo intervenção, também de 170 mulheres, iniciou-se no dia 14 de julho de 2003, após o treinamento dos profissionais do SAE, sendo encerrada em 31/07/2004.

Programou-se uma reunião semanal com as entrevistadoras e a supervisora do estudo.

Nesta reunião eram abordadas dúvidas a respeito dos questionários e da logística do estudo; reforçado o uso do manual de instruções; verificado o seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa; e, feita reposição do material utilizado. Também eram propostas soluções para dificuldades na localização das pacientes para as reentrevistas.

O espaçamento previsto para as reentrevistas era de 30 e 60 dias após a entrevista inicial. Em relação ao grupo controle a primeira reentrevista foi realizada em média $30,86 \pm 3,0$ dias após a inicial (moda: 28; mínimo: 27; máximo: 43). Já a segunda reentrevista neste grupo foi realizada em média $61,37 \pm 3,63$ dias após a entrevista inicial (moda: 61; mínimo: 54; máximo: 78). A primeira reentrevista no grupo intervenção foi realizada em média $33,01 \pm 6,29$ dias após a entrevista inicial (moda: 29; mínimo: 20; máximo: 63). A segunda reentrevista neste grupo foi realizada em média $66,35 \pm 14,87$ dias após a entrevista inicial (moda: 61; mínimo: 45; máximo: 171).

O local das reentrevistas variou, geralmente por fatores devidos à conveniência da paciente. Por exemplo, algumas paciente não queriam ser visitadas em casa pela entrevistadora, por medo de ter sua condição sorológica descoberta. Se a paciente optava por ser entrevistada no SAE, a entrevistadora fornecia vale-transporte ou dinheiro para a passagem. Quando a entrevistadora avaliava que a perda da paciente era muito provável, após algumas tentativas frustradas de encontrá-la pessoalmente, a reentrevista era feita por telefone. Os locais das reentrevistas de 30 dias do grupo controle foram: SAE (107: 62,94%); Domicílio (46: 27,05%); Por telefone (10: 5,88%); Trabalho da paciente (4: 2,35%); Presídio (1:0,59%); Centro de Saúde (1: 0,59%); Perda (1:0,59%). Na reentrevista de 60 dias deste mesmo grupo os locais foram: SAE (93: 54,71%); Domicílio (39: 22,94%); Por telefone (28: 16,47%); Trabalho da paciente (3: 1,76%); Presídio (1:0,59%); Centro de Saúde (1: 0,59%); Laboratório (1: 0,59%); Perdas (4:2,35%). Os locais das reentrevistas de 30 dias do grupo intervenção foram: SAE (78: 45,9%); Domicílio (61: 35,9%); Por telefone (20: 11,8%); Hospital (2: 1,2%); Presídio (1: 0,6%); Lanchonete (1: 0,6%); Perdas (7: 4,1%). Na reentrevista de 60 dias do grupo intervenção os locais foram: SAE (73: 42,9%); Domicílio (57: 33,5%); Por telefone (30: 17,6%); Trabalho da paciente (1: 0,6%); Presídio (1:0,6%); Lancheria (1: 0,6%); Hospital (2: 1,2%); Perdas (5:2,9%).

Nos últimos 30 dias de entrevistas do grupo intervenção, o grupo pré-intervenção foi submetido a uma entrevista curta (Anexo 11), que se propunha a investigar o percentual de uso do preservativo neste grupo de mulheres no último mês. Além disto, foram investigadas no prontuário quantas consultas estas pacientes haviam feito no SAE, após o treinamento dos médicos. Das 170 pacientes do grupo pré-intervenção, 118 foram entrevistadas, perfazendo 69,4% do total do grupo.

8. PERDAS E RECUSAS

Exclusões: três pacientes foram excluídas e substituídas, duas por deficiência mental severa que impedia a compreensão do questionário e outra por se apresentar com um quadro clínico grave, sendo internada e vindo a falecer em seguida.

Recusas: não houve recusas. Apenas em três casos houve resistência ao ingresso no estudo. A supervisora conversou pessoalmente com as pacientes, conseguindo demovê-las. Não houve desistências, ao longo do acompanhamento, entre as pacientes incluídas em qualquer um dos grupos.

Perdas: foram consideradas como perdas aquelas situações, onde, após várias tentativas primeiramente da entrevistadora e posteriormente da supervisora de fazer contato com a pessoa do referido domicílio, não se obtinha êxito.

Quantificação das Perdas

Grupo pré-intervenção: na reentrevista de 30 dias houve uma perda, devido à mudança de endereço para outro município, perfazendo 0,6%. Na visita de 60 dias, houve quatro perdas, todas por mudança de endereço, correspondendo a um percentual de 2,35%.

Grupo intervenção: na reentrevista de 30 dias houve sete perdas, cinco por mudança de endereço, uma por agravamento da doença (levando ao óbito antes da entrevista de 60 dias) e outra porque a paciente não compareceu à consulta e não autorizou a visita da entrevistadora em casa. A autorização da paciente para visitas em domicílio foi condição para a busca das faltosas, visando preservar a privacidade da mulher e o sigilo do diagnóstico. O percentual de perdas foi então de 4,12%. Na de 60 dias houve cinco perdas, uma por falecimento e quatro por mudança de cidade, num percentual de 2,94%.

9. CONTROLE DE QUALIDADE

Conforme mencionado acima, a qualidade dos dados coletados foi assegurada pela criteriosa seleção de entrevistadores, a preparação e pré-testagem de questionários padronizados, a elaboração de manuais detalhados com instruções para os entrevistadores, o treinamento intensivo e o acompanhamento permanente da supervisora durante o trabalho de campo. Além disso, os seguintes procedimentos foram seguidos:

Reentrevistas: eram realizadas com questionário simplificado (Anexo 8), até 48 horas após a primeira entrevista. Para selecionar as pacientes, dividiu-se o total de pacientes (340) em 6 fases, com nove reentrevistas em cada fase, com uma paciente selecionada à cada seis que entravam no estudo. A supervisora aplicou nove questionários em cada fase da coleta de dados, totalizando 27 questionários no grupo pré-intervenção e 27 no grupo intervenção, num total de 64 questionários de revisita. Isto resultou em 19% das mulheres sendo reentrevistadas. A pergunta sobre idade de início da atividade sexual foi repetida para estas mulheres, resultando em um coeficiente de concordância kappa ponderado entre 0,63 a 0,94. Em relação à prática de relações sexuais no último mês, o índice Kappa variou de 0,77 a 1,0; e, em relação à consistência do uso de preservativos no último mês, este índice foi de 0,82 a 1,0, o que indica um nível excelente de concordância.

Revisão dos questionários: as entrevistadoras entregavam os questionários completos semanalmente. A supervisora tinha a tarefa de revisar todas as questões e codificá-las.

Codificação: a codificação foi realizada pela supervisora, tanto nas questões abertas como nas fechadas. Com isto procurou-se retificar erros surgidos no preenchimento dos questionários.

Digitação e processamento dos dados: iniciou-se a digitação dos questionários ao término do trabalho de campo. Estes foram digitados duas vezes, por profissionais diferentes, no programa Epi-Info 6.0, o que permitiu a comparação dos bancos de dados e a correção de erros de digitação. Na limpeza dos dados, utilizou-se a função CHECK do Epi-Info para checagem de consistência e amplitude e o programa SPSS 10.0, para checagem de frequência e consistência.

10. ANÁLISE

Os dados foram transferidos para o pacote SPSS 10.0 através do programa Stat Transfer. Realizou-se então a união dos arquivos e a edição das variáveis. Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS 10.0.

11. PRINCIPAIS OBSTÁCULOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Limitações financeiras: o Projeto desta pesquisa foi enviado à várias instituições financiadoras, sem no entanto ser contemplado com nenhum financiamento. Por este motivo os exames para diagnóstico de algumas DST, que serviriam para corroborar o relato de uso do preservativos pelas pacientes, não puderam ser realizados. O trabalho efetivamente realizado foi financiado pela própria doutoranda, com ajuda de sua orientadora.

Mobilidade das pacientes: a reduzida taxa de perdas ocorridas não reflete o grau de dificuldade enfrentada pela equipe de campo na localização das pacientes. Notamos ser comum nesta população a mudança de endereço, sem que, muitas vezes, os próprios

familiares saibam como localizá-las. Também, provavelmente por motivos econômicos, foi comum encontrarmos os telefones fornecidos pelas pacientes para contato desligados.

A baixa taxa de perdas deveu-se a um esforço enorme das entrevistadoras e da supervisora da pesquisa, que se valeram de várias estratégias para a localização das pacientes: contato com familiares, amigos e outras pacientes do SAE; notificação do nome de pacientes faltosas nos diversos locais de consulta, no laboratório e na farmácia do SAE; contato com a assistente social do SAE, Hospital-Dia e postos de saúde dos locais de origem das pacientes; contato com a enfermeira do presídio; etc.

Vale destacar a enorme colaboração de toda a equipe do SAE, das pessoas da recepção do Ambulatório e da farmácia e de todos os outros profissionais e pessoas referidos acima.

Velocidade de ingresso das pacientes no grupo intervenção: após a coleta do grupo controle que se encerrou em julho de 2003, demoramos mais um ano para completar igual número de pacientes para receber a intervenção. Parece-nos que este grupo compõe-se de paciente menos aderentes ao SAE e portanto, provavelmente, menos cuidadosas com sua saúde. Também esta demora pode ter influenciado na aplicação da intervenção, pois os médicos tendem a diminuir a carga da intervenção à medida que passa o tempo, após o treinamento recebido.

12. BIBLIOGRAFIA

- 1- http://www.cdc.gov/nchstp/od/core_workgroup/default.htm., disponível em 18 de agosto de 1999.
- 2- Organization, G. P. o. A. W. H. (2001). Second generation surveillance for HIV
Compilation of Basic Materials. Geneva, World Health Organization.
- 3- Abuse, N. I. o. D., Ed. (2000). The NIDA Community-Based Outreach Model.

ARTIGO 1:

**IMPACTO DE INTERVENÇÕES NO USO DE
PRESERVATIVOS EM PORTADORES DO HIV: UM
ESTUDO DE REVISÃO**

**IMPACT OF INTERVENTIONS PROMOTING CONDOM
USE AMONG HIV-INFECTED INDIVIDUALS: A
SYSTEMATIC REVIEW**

Artigo aceito para publicação na Revista de Saúde Pública

**IMPACTO DE INTERVENÇÕES NO USO DE PRESERVATIVOS EM
PORTADORES DO HIV: UM ESTUDO DE REVISÃO
IMPACT OF INTERVENTIONS PROMOTING CONDOM USE AMONG HIV-
INFECTED INDIVIDUALS: A SYSTEMATIC REVIEW**

Mariângela F. Silveira^{1, 2}

Iná dos Santos²

1-Departamento Materno-Infantil; 2-Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas

Correspondência para: Mariângela Freitas da Silveira

Avenida Duque de Caxias, 250- Pelotas, RS, Brasil.

Fone/fax: (053)271-24-42

E-mail: maris.sul@terra.com.br

Título abreviado: Intervenções educativas em HIV positivos

Resumo

Pretendeu-se identificar intervenções educativas dirigidas a indivíduos HIV positivos, com desfecho uso de preservativos masculinos. Através de uma revisão sistemática, pesquisou-se bases de dados (Lilacs, Medline, Popline) e sites (CDC e UNAIDS), sem limite de tempo. Os unitermos utilizados foram: women; men; interventions; HIV; Aids; HIV positive; risk behaviors; sexual risk behaviors; intervention studies. Foram incluídos quatorze estudos, oito deles com efeito positivo. As limitações mais freqüentes foram: ausência de randomização, falta de controle para fatores de confusão, altas perdas, falta de poder estatístico e avaliação do desfecho baseada em relato. A possibilidade de viés de publicação, favorecendo estudos de intervenção que demonstraram efeitos benéficos deve ser considerada. Intervenções efetivas para aumentar o uso de preservativos em pessoas HIV positivas são importantes para obter maior efeito na prevenção da disseminação do vírus.

Descritores: Aids; HIV; estudos de intervenção; comportamentos de risco; comportamento sexual

Abstract

In order to identify educational interventions promoting male condom use during intercourse among HIV positive persons, a systematic review of publications was conducted. Lilacs, Medline and Popline data sets and CDC and UNAIDS sites were searched without time limit. Uniterms used were: women; men; interventions; HIV; Aids; HIV positive; risk behaviors; sexual risk behaviors; and intervention studies. Fourteen interventions were included, eight of which reported a positive result. Most frequent methodological weaknesses observed were lack of randomization, no control for confounding, high rates of losses to follow-up, small sample sizes, and outcome of condom use stated by patient self-report. Publication bias favoring studies showing a beneficial effect has to be considered. Nowadays, effective interventions aiming to promote condom use for HIV positive are an important tool on the prevention of HIV dissemination.

Key words: Aids; HIV; intervention studies; sex behavior; risk behaviors; behavior change; condom use

Introdução:

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem sido um desafio em termos de controle e tratamento. Em dezembro de 2001, estimava-se haver 40 milhões de pessoas contaminadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, sendo 18,5 milhões mulheres. Com o crescente número de casos classificados como de transmissão heterossexual, a contaminação das mulheres vem aumentando. Somente durante o ano de 2001, quase a metade dos quatro milhões de pessoas infectadas corresponderam a mulheres . Grande parte destas mulheres se contamina na idade de 15 a 24 anos, em plena vida reprodutiva, o que leva a um aumento de casos entre crianças, devido à transmissão vertical. Na América Latina, cerca de 1,5 milhões de pessoas estão contaminadas, com 28% dos adultos sendo do sexo feminino(24).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, presume-se que, no Brasil, o número de portadores ultrapasse 500 mil. De 1980 até dezembro de 2002, registraram-se mais de 250 mil casos no país, dos quais 28% em mulheres. Em 2001, a razão de casos de Aids, por sexo, no Brasil foi de 1,7 homens para cada mulher(3).

Com o advento da terapia antiretroviral, tem melhorado a qualidade de vida dos portadores do HIV. No Brasil, a terapia antiretroviral é fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde, o que levou a um aumento da sobrevida dos pacientes. Assim, medidas de prevenção da transmissão do HIV tornam-se

cada vez mais importantes entre os portadores identificados. Além disso, adquirir outras DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) aumenta a chance de uma diminuição de imunidade nestes pacientes; e, o não uso de preservativo, com parceiros também soropositivos, dificulta o controle da carga viral e aumenta o risco de contaminação por vírus resistentes aos antiretrovirais(25).

O uso do preservativo é uma das mais importantes armas na luta contra a Aids. Estudos laboratoriais e epidemiológicos têm demonstrado que o preservativo é efetivo contra uma ampla variedade de DST, incluindo gonorréia, uretrite não gonocócica, tricomoníase e herpes genital, assim como a contaminação pelo HIV(23). Por outro lado, dados de literatura têm também mostrado que o fato de saber-se portador do HIV não implica, necessariamente, em uso do preservativo em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro não portador ou de sorologia desconhecida. Uma revisão bibliográfica realizada em 1993, no entanto, concluiu que as evidências existentes suportam fortemente a eficácia de medidas educacionais na promoção do uso de preservativos, para reduzir a transmissão do HIV e outras infecções(13).

Este artigo é uma revisão das publicações que descreveram intervenções educativas dirigidas a portadores do HIV, cujo desfecho tenha sido o uso de preservativos masculinos.

Métodos

A revisão bibliográfica foi realizada através de pesquisa às bases de dados Lilacs, Medline, Popline e ao site do CDC e UNAIDS, sem limite de tempo. As combinações de unitermos utilizadas foram: (women/men and interventions), (women//men and HIV and interventions), (women/men and aids and intervention studies), (women/men and HIV positive and intervention studies), (women/men and HIV positive and intervention studies and risk behaviors), (women/men and HIV positive and intervention studies and sexual risk behaviors), (HIV positive and interventions), (women/men and HIV), (women/men and Aids), (interventions and Aids), (HIV positive and sexual risk behaviors and intervention studies).

Nos artigos identificados, foi realizada, inicialmente, limpeza manual, retirando-se intervenções com pessoas não soropositivas, intervenções clínicas e perinatais em HIV positivos, intervenções educativas que não se referiam ao comportamento sexual e estudos descritivos. Foram identificados e solicitados dez artigos através da Medline, sendo seis descartados, restando quatro.

Da Popline, foram solicitados quinze artigos, descartados treze, restando dois. No site da UNAIDS e no banco de dados LILACS, não foi identificado nenhum artigo. No site do CDC, foi encontrada uma referência que não foi aproveitada. Foram checadas as referências de todos os artigos lidos, mesmo os descartados, sendo identificadas 29 referências, das quais restaram oito.

Foram incluídos apenas estudos de intervenção em portadores do HIV, randomizados ou não, cujo desfecho fosse o uso de preservativos masculinos. Nenhum estudo foi rejeitado devido a limitações metodológicas, mas essas foram descritas na tabela. Os artigos que preencheram os critérios de inclusão foram avaliados e pontuados conforme os vinte e sete critérios de Downs & Black(8). Sinteticamente, avaliou-se a clareza na descrição de:

1. hipóteses ou objetivos do estudo;
2. principais desfechos a serem medidos;
3. características dos pacientes incluídos;
4. intervenções de interesse;
5. distribuição dos principais fatores de confusão em cada grupo de sujeitos a ser comparado;
6. principais achados do estudo;

Outros itens avaliados foram:

7. se o estudo fornecia estimativas da variabilidade aleatória nos dados para os principais desfechos;
8. se os eventos adversos foram relatados;
9. se as características dos sujeitos perdidos durante o acompanhamento foram descritas;
10. se constavam os valores de probabilidade para os principais desfechos;
11. se a amostra de sujeitos convidados a participar do estudo era representativa;
12. se a amostra de sujeitos incluídos no estudo era representativa;

13. se o pessoal, lugares e instalações onde os pacientes recebiam o tratamento eram representativos do tratamento que a maioria dos pacientes recebia.
14. se foi utilizado algum método para cegar os pacientes para o tipo de intervenção;
15. se foi utilizado algum método para cegar os pacientes quanto aos desfechos;
16. caso os resultados não tenham sido baseados em hipóteses estabelecidas *a priori*, se isto foi deixado claro;
17. se, em ensaios clínicos e estudos de coorte, a análise ajustou para diferentes durações de acompanhamento, ou, em estudos de casos e controles, o tempo entre a intervenção e o desfecho foi o mesmo para casos e controles;
18. se os testes estatísticos utilizados para medir os principais desfechos foram apropriados;
19. se a adesão ao tratamento foi realística;
20. se as medidas utilizadas para os principais desfechos foram acuradas;
21. se os pacientes em diferentes grupos foram recrutados na mesma população;
22. se os pacientes nos diferentes grupos foram recrutados no mesmo período de tempo;
23. se houve randomização;
24. se a randomização ocorreu até o recrutamento estar completo;
25. se a análise incluiu ajuste adequado para os principais fatores de confusão;

26.se foram consideradas as perdas de pacientes durante o acompanhamento;

27.se o estudo tinha poder suficiente para detectar um efeito importante, com um nível de significância de 5%.

O item oito, relacionado à mensuração de possíveis efeitos colaterais, foi retirado, visto que, tratando-se de intervenções educativas, provavelmente não teriam efeitos danosos.

Resultados

Foram incluídos ao final da revisão quatorze estudos (Quadro 1), que avaliaram intervenções visando aumentar o uso de preservativos entre pessoas soropositivas. A Tabela 2 mostra aspectos metodológicos e resultados dos estudos selecionados.

O escore metodológico foi, em média, de 14,6 pontos (SD: 4,8), com cinco estudos pontuando menos de quatorze e sete estudos acima da média. O estudo que obteve a mais alta pontuação (22) foi o de Kalichman et al(14).

A primeira intervenção aconteceu no Zaire. Kamenga et al(15) aplicaram uma intervenção educativa, sem grupo controle, em 168 casais soro-discordantes, identificados através da realização sistemática da testagem para o HIV entre os funcionários de uma fábrica e de um banco. Os participantes, individualmente, e o casal eram aconselhados sobre DST, HIV e uso de preservativo. Em visitas mensais, eram fornecidos preservativos e um calendário de atividade sexual a ser preenchido separadamente por cada pessoa do casal. Os participantes eram também solicitados a guardar a embalagem dos preservativos, as quais eram conferidas a cada visita. O aumento no uso *consistente* de condons (uso em 100% das relações sexuais) ao final de 18 meses foi maior de 70 pontos percentuais (p.p.). O uso de condons não variou com o status socioeconômico ou local de emprego e foi maior entre casais em que o homem era soronegativo. A incidência de soroconversão foi baixa, assim como a de DST, e houve uma boa correlação entre a história sexual e o número de embalagens

apresentadas.

Estudo realizado em Ruanda(1), em 1992, selecionou, aleatoriamente, mulheres de 20 a 40 anos de idade, em ambulatório de pré-natal e pediátrico. Foram testadas para HIV e formados dois grupos: HIV positivas (460) e HIV negativas (998). Ambos os grupos participaram de uma discussão em grupo de dez a quinze pessoas, com vídeo, e receberam condons e espermaticidas. O acompanhamento consistiu em visitas semestrais ao serviço, quando era realizado exame ginecológico, tratamento de culturas positivas para gonococo, distribuição de condons e espermaticidas. Ao final de um ano de acompanhamento, comparado a um grupo controle de 208 mulheres selecionadas em estudo transversal, observou-se uma diferença de uso referido *consistente* de condom, entre os grupos, de 31,5 pontos percentuais, favorável ao grupo intervenção. A prevalência de uso entre os controles foi de 3,5% e entre as mulheres HIV positivas da intervenção de 35% ($p<0,05$). Em casais sorodiscordantes, a taxa de uso de preservativo foi maior. Os preditores de uso de preservativo entre as mulheres HIV positivas foram a relação não monogâmica, acreditar na ausência de efeitos colaterais e ter parceiro que freqüentava prostitutas.

Allen et al(2) aplicaram uma intervenção em 153 casais sorodiscordantes. Os controles foram 838 mulheres em que o status sorológico do parceiro era desconhecido. A intervenção consistia de um vídeo educacional, discussão em grupos e distribuição de condons e espermaticidas. Os indivíduos do grupo intervenção e controle retornavam à clínica, de três em três meses, e faziam

exame médico anual. Houve um aumento significativo ($p < 0,001$) de 53 p.p. no uso *consistente* de preservativos pelo grupo intervenção, após um ano de seguimento. A taxa de soroconversão foi baixa. Entre as mulheres, a taxa de conversão foi inferior à metade da estimada para aquelas com parceiros de sorologia desconhecida. Entre os homens que soroconverteram, o uso de preservativo foi significativamente menor e o uso de álcool era relatado mais freqüentemente. Entre as mulheres que soroconverteram, havia um maior percentual de analfabetas. O uso de preservativo foi maior quando o homem era HIV negativo.

Outro trabalho nos EUA(5) realizou aconselhamento em uma consulta, em serviços de referência, com 61 pacientes soropositivos, de ambos os sexos, a maior parte pertencente a minorias étnicas, com idade média de 35 anos. Não houve diferença no uso de preservativos com parceiros regulares. O estudo não tinha grupo controle e os dados comportamentais foram coletados no pós-teste. O relato do estudo foi muito breve e os autores não descreveram a definição de uso de condom (consistente, na última relação etc) utilizada como desfecho.

Em um estudo tipo antes e depois, realizado com homens HIV positivos com diagnóstico de depressão(16), formaram-se três grupos: o primeiro, com 39 pessoas, foi submetido a oito sessões de grupo cognitivo-comportamental; o segundo, com 38 pacientes, a oito sessões de grupo de suporte social; e, 38 pacientes formaram o grupo controle, que somente recebia terapia individual na crise. Após três meses, foi avaliada a média de relações anais insertivas e

receptivas desprotegidas. As mudanças significativas ocorreram no grupo controle, com diminuição das relações anais insertivas desprotegidas ($p < 0,05$). No segundo grupo intervenção, o efeito quanto às relações anais receptivas desprotegidas ficou no limiar da significância estatística, com $p < 0,06$. Quanto à diferença intra-grupo, esta foi significativa para o segundo grupo intervenção e para os controles ($p < 0,001$), quanto a relações anais insertivas; e, somente para o segundo grupo intervenção ($p: 0,008$), quanto a relações anais receptivas.

Padian et al(18) conduziram um estudo nos EUA, com 144 pessoas soropositivas (78% de homens, a maior parte bissexual) e seus parceiros heterossexuais, recrutados de serviços de aconselhamento e testagem. As visitas e testagens eram realizadas, geralmente, no domicílio dos participantes. As visitas eram bianuais em média e, a cada visita, cada membro do casal era entrevistado, separadamente, e aconselhado sobre práticas sexuais seguras, seguindo-se uma sessão de aconselhamento do casal. O uso *consistente* de preservativos no seguimento de um ano foi de 90%, com aumento de 41 p.p. ($p < 0,001$) em relação ao início. A maior parte das mudanças comportamentais ocorreu entre o início e a primeira visita de seguimento e não houve soroconversão. Casais em abstinência sexual foram excluídos da análise em relação ao uso de preservativos. O trabalho não utilizou grupo controle e teve muitas perdas (mais de 41% no primeiro ano).

Cleary et al(6) trabalharam com doadores de sangue identificados como soropositivos no hemocentro de Nova Iorque e que aceitaram participar do estudo. O estudo foi randomizado, com 135 pessoas no grupo intervenção e

136 no grupo controle. Após a notificação e aconselhamento, os controles eram orientados a procurar serviços médicos e psicológicos disponíveis na comunidade. Os portadores do grupo intervenção participavam de um grupo de suporte com assistente social e enfermeira psiquiátrica, com abordagem comportamental cognitiva e treinamento de habilidades. Os grupos com sete a nove participantes eram semanais, com duração de 90 minutos, por seis semanas consecutivas. O seguimento foi semestral. No acompanhamento de um ano, verificou-se que, em ambos os grupos, houve grande diminuição do relato de sexo inseguro na última semana ($p < 0,001$), mas não houve diferença significativa entre os grupos. O maior preditor de sexo inseguro no seguimento foi o relato de sexo inseguro imediatamente anterior à notificação; e o de sua ausência foi o fato da pessoa ser mais velha. Os autores sugerem que uma das causas para o não efeito da intervenção foi a grande disponibilidade de serviços médicos e alternativos na área onde o estudo foi realizado.

No estudo de Greenberg et al(11), a intervenção foi realizada em 116 usuários de drogas, HIV positivos, no momento em que ingressavam em um grupo comunitário de suporte. Não houve grupo controle. Entre os participantes, 77% eram homens; e, 93%, afroamericanos, com idade entre 25 e 31 anos. Os grupos eram semanais, com duração de uma hora e meia a duas horas, e participavam 25 a 30 membros com dois facilitadores. O objetivo era fortalecer os participantes para que se tornassem auto-suficientes, adotassem estilos saudáveis de vida e desenvolvessem relações interpessoais que eliminassem a necessidade de comportamentos de risco. O maior enfoque era dado à prevenção à drogadição e à segurança no uso de drogas. Os participantes

recebiam auxílio transporte, alimentação e foram pagos para conceder as entrevistas. Houve aumento no uso *consistente* de preservativos de 19 p.p. ($p<0,001$). Também observou-se aumento no uso de preservativos *com parceiro fixo e ocasional*. Não houve associação significativa entre o número de sessões freqüentadas ou o tratamento para o uso de drogas com o aumento no uso de preservativos. Os autores sugerem que grupos dessa natureza devem enfatizar mais as práticas sexuais seguras na prevenção do HIV e enfatizam o baixo custo desse tipo de intervenção.

Uma intervenção, baseada no modelo transteorético, foi utilizada por Parsons et al(19), em 255 homens hemofílicos HIV positivos e suas parceiras sexuais (158). O estudo foi conduzido em quinze estados, em múltiplos locais de tratamento e organizações de hemofílicos. O grupo intervenção recebia a abordagem dividida em dois componentes: construção de habilidades de comunicação (três módulos, com total de, em média, três a quatro horas); e, observação do estágio de mudança do indivíduo, com aplicação de atividades baseadas neste estágio (uma hora cada). A intervenção teve duração de um ano, geralmente em grupo, mas também individual, e o seguimento foi realizado três meses após seu final. Os controles receberam intervenção parcial ou nenhuma. Os resultados dos escores foram medidos por interação, sendo que o efeito da intervenção, no uso *consistente* de preservativos, não foi significativo. Entre os homens, foi significativo o aumento de comportamentos sexuais seguros. As mulheres do grupo intervenção referiram mais o uso de condom, pelo parceiro masculino, na *última relação vaginal* (OR:6,92; $p:0,01$).

Fogarty et al(9) realizaram um estudo randomizado, com mulheres HIV positivas, entre 18 e 44 anos. As participantes eram recrutadas de clínicas e ambulatórios de tratamento para pessoas soropositivas, de hospitais pediátricos para soropositivos e de referências de participantes e agentes de saúde. As mulheres do grupo intervenção (164) recebiam, além do atendimento normal dado aos controles (158), atendimento com embasamento teórico, por pessoas soropositivas treinadas. O atendimento era dado individualmente e em grupos, por seis meses, enfatizando os seguintes comportamentos: uso de preservativos com parceiro principal, com outro parceiro e uso de contraceptivos. As entrevistas foram pagas (U\$20,00 cada uma) e avaliaram dados demográficos, de risco e comportamentais (estágio de mudança, auto-eficácia, vantagens e desvantagens do uso de condons). As pacientes foram acompanhadas até dezoito meses após a intervenção. Observou-se progresso no uso de preservativos com o *parceiro principal* nas pacientes do grupo intervenção (OR=2,3; p=0,02). O trabalho de Gielen(10) foi uma subanálise deste mesmo estudo, que avaliou somente as mulheres que tinham um parceiro fixo, no início e aos seis meses pós intervenção. Eram 40 mulheres no grupo intervenção e 30 no controle. O progresso no uso de preservativos com o *parceiro principal* nas mulheres do grupo intervenção mostrou uma razão de odds de 2,67 (p = 0,04).

Grinstead et al(12) conduziram uma intervenção, nos EUA, entre homens HIV positivos, presidiários, que seriam libertados dentro de 6 meses. Um total de 94 homens receberam a intervenção e foram comparados a 29 controles, também presidiários, que não aceitaram participar das sessões. Cada participante

recebeu oito sessões de duas a duas horas e meia cada, em duas semanas consecutivas. As sessões incluíam informações sobre o HIV, tratamento, uso de drogas, sexualidade, nutrição, entre outros. Além disso, eram encaminhados para serviços comunitários de tratamento, assistência financeira, programas para dependentes de uso de álcool e drogas, treinamento educacional e vocacional. O desfecho investigado foi o uso de condom na *primeira relação após a liberdade*. O estudo tinha pouco poder para detectar diferença entre os grupos. De fato, o uso referido de condom no grupo intervenção foi de 81% e no controle, de 68%, diferença não significativa estatisticamente.

Outro estudo randomizado foi o de Kalichman et al(14), em que portadores de ambos os sexos foram recrutados em serviços de Aids e doenças infecciosas. O grupo intervenção (185) participou de cinco sessões que enfocavam estratégias para a prática de comportamento sexual seguro, baseadas na Teoria Social Cognitiva. O grupo controle recebeu cinco sessões de suporte sobre manutenção da saúde. Seis meses após a intervenção, o percentual de uso *consistente* de condons, em relações sexuais anais e vaginais, com todos os parceiros, foi maior no grupo intervenção ($p = 0,05$). No entanto, os grupos intervenção e controle não eram comparáveis, sendo o uso de preservativos maior no grupo intervenção desde o *baseline*. Também significativas foram as menores taxas de sexo anal e vaginal no grupo intervenção.

Finalmente, estudo realizado nos EUA por Rotheram-Borus et al(20) avaliou o efeito de uma intervenção em jovens HIV positivos, atendidos em clínicas de quatro cidades americanas. O grupo intervenção, de 208 pessoas, era

submetido a dois módulos, “Fique saudável” e “Aja com segurança”, num total de 23 sessões de pequenos grupos. A intervenção foi baseada no modelo “Ação Social” e cada módulo teve a duração de três meses. O grupo controle (102) recebeu o atendimento normal do serviço. Após o Módulo I, ocorreram mais mudanças positivas no estilo de vida, entre as mulheres do grupo intervenção. Após o Módulo II, os jovens no grupo intervenção reportaram 82% menos atos sexuais desprotegidos; 45% menos parceiros sexuais; 50% menos parceiros sexuais HIV negativos; e 31% menos uso de drogas. Não houve diferença em relação à revelação da sorologia aos parceiros sexuais. O custo total da intervenção propriamente dita foi de U\$980,00 por pessoa.

Em resumo, apenas três dos estudos foram randomizados (6, 9, 14). Em cinco dos estudos não houve comparação com um grupo controle (5, 11, 15, 18, 19). O tempo de acompanhamento variou bastante entre os estudos, indo de três meses a mais de três anos(18). O tipo de intervenção realizada, também foi bastante variável, com intervenções bem mais elaboradas e longas que outras. As limitações mais freqüentes foram a ausência de randomização, a falta de controle para fatores de confusão, o grande número de perdas, a análise de intervenções randomizadas não por intenção de tratar e a falta de poder estatístico. Além disto, a maior parte baseou a avaliação do desfecho no relato dos portadores do HIV sobre suas práticas sexuais. Quanto ao resultado, dos quatorze estudos revisados, oito mostraram algum efeito positivo da intervenção. Os resultados sugerem um efeito maior em seguimentos mais curtos, de até um ano.

Discussão

Esta revisão demonstrou que, de uma maneira geral, os estudos realizados obtiveram efeito positivo de intervenções educacionais no aumento do uso de preservativos em portadores do HIV. Parece também que intervenções mais elaboradas e de maior custo, não obtiveram resultados muito melhores que intervenções mais curtas e de fácil execução. A comparação entre os resultados dos diferentes estudos fica prejudicada pelo fato de existir grande variação na qualidade, metodologia e desfecho observados. A heterogeneidade dos estudos em termos de tipo de intervenção, população alvo e metodologia não permitiram a obtenção de uma medida agregada de efeito através de metanálise. A possibilidade de viés de publicação também deve ser considerada, já que, de uma maneira geral, estudos de intervenção que mostram efeitos benéficos são mais prováveis de serem publicados do que aqueles com efeitos nulos(21).

Um aspecto que merece ser destacado é que, a maioria dos trabalhos baseia-se no auto-relato de pessoas soropositivas acerca de seu comportamento sexual. A confiabilidade do relato de comportamentos sexuais por adolescentes foi investigada por Brener e col., através de teste/reteste com questionários auto-administrados por 1679 estudantes do ensino médio, em 2 ocasiões, com intervalo de 14 dias. Estes autores demonstraram um índice Kappa para início da atividade sexual com menos de 13 anos de 0,71; para 4 ou mais parceiros sexuais na vida, de 0,81; e, para 4 ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses, de 0,48(4). Outro estudo de validação foi realizado para avaliar a

veracidade do auto-relato do uso de preservativo, em uma população urbana de alto risco para DST/HIV. Através de uma coorte prospectiva, foram investigados eventos sexuais, uso de preservativos nos últimos 30 dias, fatores de risco, história de DST e presença de infecções, através de exames laboratoriais para clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoniase. A investigação foi repetida três meses depois. O auto-relato do uso de preservativo não esteve associado com menor incidência de DST. Os autores concluíram que o auto-relato, mesmo em situações de pesquisa, pode estar sujeito a um viés de informação substancial(27). Tal achado sugere que, idealmente, nessa área, deve-se utilizar marcadores biológicos, para medir o efeito das intervenções, além do relato do paciente. Supõe-se que este procedimento não seja adotado rotineiramente pelos pesquisadores em decorrência do custo elevado.

É importante lembrar da necessidade de estabelecer intervenções realmente efetivas para o aumento do uso de preservativos em portadores do vírus HIV. A melhora do estado de saúde e a redução da carga viral, decorrentes da mais moderna terapia antiretroviral, podem levar a uma sensação de diminuição da necessidade de práticas seguras, embora níveis indetectáveis de RNA viral não provem que um paciente não esteja infectante(25). Conforme já demonstrado(17), investir esforços preventivos junto a portadores do HIV pode ser mais efetivo do que entre indivíduos da população geral por três razões: 1) maior efeito na disseminação da epidemia (custo-efetividade); 2) os portadores do HIV demonstram um grau de altruísmo preventivo geralmente maior que os esforços de auto-proteção dos HIV negativos; e 3) existem razões para supor que este altruísmo pode ser reforçado por intervenções apropriadas(17). Um

estudo nos EUA(26) mostrou que, comparadas a mulheres em risco, as HIV positivas reportavam menor atividade sexual e uso de drogas; uso mais freqüente de preservativos (63%X28%) em relações vaginais; e, uso consistente de preservativos, em todas as relações. Uma mudança no comportamento de risco de um indivíduo HIV positivo vai, em média, e na maioria das populações afetadas, demonstrar um efeito maior na disseminação do vírus do que uma mudança equivalente de uma pessoa negativa. O tamanho desta diferença depende da prevalência do vírus na população: ocorre se for menor que 50% e será tanto maior quanto menor a prevalência. Por exemplo, em uma prevalência de 20%, o impacto será quatro vezes maior; em uma prevalência de 5%, este será dezenove vezes maior. No entanto, existem poucas intervenções preventivas endereçadas aos HIV positivos, comparadas aos negativos(17).

Em geral, as intervenções dirigidas a portadores do vírus HIV envolvem técnicas para melhorar a qualidade de vida (os comportamentos de risco estão associados com stress, baixa estima, insatisfação conjugal e problemas com álcool e drogas) e promover reflexão sobre a própria conduta e suas conseqüências (o que tem se mostrado efetivo, ao menos, entre soro-discordantes). Os autores concordam que devem ser evitadas imposições ou julgamentos éticos ou morais e recomendam que, para a prevenção, é necessário: promover a testagem sorológica; identificar parcerias e testá-las; realizar o aconselhamento pós-teste; melhorar o contato com os HIV positivos; melhorar sua qualidade de vida; realizar intervenções educacionais, no caso de persistência de comportamentos de risco; e, conduzir intervenções cognitivas,

quando factíveis. Em países pobres, pode-se pensar, inclusive, em auxílio econômico para portadores que se prostituem, para que abandonem esta atividade (custo-benefício). As alternativas mais simples, baratas e efetivas devem ser as preferidas(17).

Embora a eficácia de intervenções para redução de risco, baseadas em princípios comportamentais cognitivos, tenha sido amplamente documentada na literatura, a disseminação bem sucedida de modelos de prevenção do HIV, da pesquisa para a prática, vai requerer mecanismos de fornecimento de recursos e de assistência técnica, particularmente em serviços pequenos. Os pesquisadores podem facilitar este processo, tentando desenvolver intervenções que consumam menos recursos e tempo do que os modelos atuais(7).

Referências:

1. Allen S, Serufilira A, Bogaerts J, Van de Perre P, Nsengumuremyi F, Lindan C, et al. Confidential HIV testing and condom promotion in Africa. Impact on HIV and gonorrhea rates. *Jama* 1992;268(23):3338-43.
2. Allen S, Tice J, Van de Perre P, Serufilira A, Hudes E, Nsengumuremyi F, et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *Bmj* 1992;304(6842):1605-9.
3. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids 2002(1).
4. Brener ND, Collins JL, Kann L, Warren CW, Williams BI. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Am J Epidemiol* 1995;141:575-80.
5. CDC. HIV prevention through case management for HIV-infected persons. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993;42(23):448-9, 455-6.
6. Cleary PD, Van Devanter N, Steilen M, Stuart A, Shipton-Levy R, McMullen W, et al. A randomized trial of an education and support program for HIV-infected individuals. *Aids* 1995;9:1271-1278.
7. DiFranceisco W, Kelly JA, Otto-Salaj L, McAuliffe TL, Somlai AM, Hackl K, et al. Factors influencing attitudes within AIDS service organizations toward the use of research-based HIV prevention interventions. *AIDS Educ Prev* 1999;11(1):72-86.
8. Downs SH & Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-

randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:377-84.

9. Fogarty LA, Heilig CM, Armstrong K, Cabral R, Galavotti C, Gielen AC, et al. Long-term effectiveness of a peer-based intervention to promote condom and contraceptive use among HIV-positive and at-risk women. *Public Health Rep* 2001;116(Suppl 1):103-19.

10. Gielen AC, Fogarty LA, Armstrong K, Green BM, Cabral R, Milstein B, et al. Promoting Condom Use With Main Partners: A Behavioral Intervention Trial for Women. *AIDS and Behavior* 2001;5(3):193-204.

11. Greenberg JB, Johnson WD, Fichtner RR. A community support group for HIV-seropositive drug users: is attendance associated with reductions in risk behaviour? *AIDS Care* 1996;8(5):529-540.

12. Grinstead O, Zack B, Faigles B. Reducing postrelease risk behavior among HIV seropositive prison inmates: the health promotion program. *AIDS Educ Prev* 2001;13(2):109-19.

13. Jewett JF, Hecht FM. Preventive health care for adults with HIV infection. *Jama* 1993;269(9):1144-53.

14. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, et al. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *Am J Prev Med* 2001;21(2):84-92.

15. Kamenga M, Ryder RW, Jingu M, Mbuyi N, Mbu L, Behets F, et al. Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling center in Zaire. *Aids* 1991;5:61-67.

16. Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, Kalichman SC, Morgan MG, Stevenson LY, et al. Outcome of Cognitive-Behavioral and Support Group Brief Therapies for Depressed, HIV- Infected Persons. *Am J Psychiatry* 1993;150:1679-1686.
17. King-Spooner S. HIV prevention and the positive population. *Int J STD AIDS* 1999;10(3):141-50.
18. Padian NS, O'Brien TR, Chang Y, Glass S, Francis D. Prevention of Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Through Couple Counseling. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1993;6:1043-1048.
19. Parsons JT, Huszti HC, Crudder SO, Rich L, Mendoza J. Maintenance of safer sexual behaviours: evaluation of a theory-based intervention for HIV seropositive men with haemophilia and their female partners. *Haemophilia* 2000;6(3):181-90.
20. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Murphy DA, Futterman D, Duan N, Birnbaum JM, et al. Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV. *Am J Public Health* 2001;91(3):400-5.
21. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
22. Schultz JR, Butler RB, McKernan L, Boelsen R. Developing theory-based risk-reduction interventions for HIV-positive young people with haemophilia. *Haemophilia* 2001;7(1):64-71.
23. Solomon MZ, DeJong W. Preventing AIDS and other STDs through Condom Promotion: A Patient Education Intervention. *Am J of Public Health* 1989;79(4):453-58.
24. UNAIDS. Reports on the global HIV/AIDS epidemic. July 2002.

25. Wainberg M, Friedland G. Public Health Implications of Antiretroviral Therapy and HIV Drug Resistance. *JAMA* 1998;279(24):1977-1983.
26. Wilson TE, Massad LS, Riester KA, Barkan S, Richardson J, Young M, et al. Sexual, contraceptive, and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for infection: results from the Women's Interagency HIV Study. *Aids* 1999;13:591-98.
27. Zenilman JM, Weisman CS, Rompalo AM, Elish N, Upchurch DM, Hook EW, et al. Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use. *Sexually Transmitted Diseases* 1995;22:15-21.

Quadro 1. Revisão bibliográfica sobre o impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do vírus HIV

	MEDLINE	LILACS	Popline	OUTRAS FONTES ¹	TOTAL
Total da busca	664	0	806	329	1799
Resumos relevantes	10	0	15	29	54
Artigos obtidos	10	0	15	29	54
Artigos obtidos e relevantes	4	0	2	8	14

¹ citações em artigos científicos, site CDC e UNAIDS.

Tabela 2 . Características dos estudos de intervenção em portadores do HIV incluídos na revisão.

Autor, Ano, País	N inicial e final	Amostra	Intervenção/ Controle	Desfecho	Resultados	Escore	Observações
Kamenga et al, 1991, Zaire	I: 168; 149	Casais soro discordantes	Aconselhamento individual e do casal; fornecimento de preservativos e medicação	Uso de preservativos sempre, após 18 meses	Inicial: <5% 18 m: 77,4% Dif: 72,4 p.p.	10/26	Analizou somente os avaliados por 6 meses ou mais Fornecido auxílio transporte; visitas aos faltosos
Allen et al, 1992, Ruanda	I:460; 445 C: 208	Mulheres HIV+, 20-40 anos, amostra aleatória de pacientes ambulatoriais	Vídeo e discussão em grupo; distribuição de preservativos; participação voluntária dos parceiros	Uso referido preservativos após 1 ano	I: 35,0% C: 3,5% Dif: 31,5 p.p. p: <0,05	15/26	Sem controle de fatores de confusão; não randomizado; sem cegamento; controles recrutados ao final do estudo
Allen et al, 1992, Ruanda	I: 53; 44 C: 838; 608	Casais soro discordantes. Controles: mulheres com parceiro de sorologia desconhecida	Vídeo educacional e discussão em grupo; distribuição de preservativos	Uso de preservativos durante 1 ano	I: 57% C: 4% Dif: 53 p.p. p: <0,001	18/26	Visitas domiciliares aos faltosos Cuidado médico gratuito
CDC, 1993, EUA	I: 61; ?	Pessoas HIV+ em consulta a serviços de referência	Aconselhamento em uma consulta	Seguimento médio de 6 meses	Sem dif. com Parceiros regulares	05/26	Publicação curta (boletim); sem grupo controle; amostra pequena com poder limitado; sem

							controle para grau de doença; coleta dos dados após o pós-teste
Kelly et al, 1993, EUA	I1: 39; 27 I2: 38; 14 C: 38; 27	Homens HIV+ com diagnóstico de depressão	I 1: 8 sessões de grupo cognitivo-comportamental I 2: 8 sessões de grupo de suporte social Controle: terapia individual gratuita na crise.	N rel. Anal Insertiva desprotegida Inicial(A); Após 3 meses(D)	I 1 A: 1.6(4.2) D: 2.9(10.2) I 2 A: 0.6(0.4) D: 0.0(0.0) C A: 0.3(0.7) D: 0.1*(0.4) * p: 0,05	14/26	Estudo tipo antes e depois; perda de 41%. Perdas, na sua maioria, de pacientes com doença grave
Padian et al, 1993, EUA	I: 144; 62	HIV+ e seus parceiros heterossexuais	Sessões de aconselhamento individuais e do casal	N rel. Anal Receptiva Desprotegida Inicial(A); Após 3 meses(D) Uso consistente de preservativo após 1 ano	I 1 A: 0.9(2.4)D: 0.4(0.7) I 2 A:0.5(1.1) D: 0.1(0.3) C A:0.8(1.4)D: 0.5(1.1) Inicial: 49% 1 ano 90% Dif: 41 p.p. p: <0,001	11/26	Sem grupo controle; amostra pequena com poder limitado; muitas perdas; auto-relato; casais mais estáveis
Cleary et al, 1995, EUA	I: 135; 91 C: 136; 106	271 doadores de sangue, HIV +.	I: grupo de suporte C: serviços médicos e psicológicos disponíveis..	% sexo inseguro na última semana, após 1 ano	Início: I: 57% C: 71,7% Dif: 14,7 p.p. p: 0,03 Seguimento I: 30,9% C: 37,7%	21/26	Randomizado, estudo de efetividade; descreve as perdas e possíveis fatores de confusão

					Dif: 6,8 p.p. p: 0,3		
Greenberg et al, 1996, EUA	I: 116; 100	Usuários de drogas HIV+, iniciando em um grupo comunitário de suporte	I: grupo semanal, de 1,5 a 2 horas; com 25-30 membros e 2 facilitadores	Uso consistente de preservativos após 6 meses	Início: 60% Seguimento: 79% Dif: 19 p.p. p: < 0,001	11/26	Sem grupo controle; auto-relato das medidas
Parsons et al, 2000, EUA	H: 255; 154 M: 158; 87	Homens hemofílicos HIV+, de 18 anos ou mais e suas parceiras sexuais	I: Baseada no modelo transteorético C: parcial ou nenhuma intervenção	Uso consistente de preservativos após 3 meses	Homens com parceiras: 68% Homens sem parceiras: 22% Parceiras: 69% Efeito principal não significativo	14/26	<i>Quasi</i> experimento, questionário auto-administrado Não diferencia os controles da intervenção
Fogarty et al, 2001, EUA	I: 164; 117 C: 158; 125	Mulheres HIV+ de 18-44 anos,	I: atendimento com individual e em grupos C: consultas de rotina e urgência.	Progresso no uso de preservativo com parceiro principal (efeito geral), após 18 meses	Progresso em relação ao controle: OR: 2,3 p: 0,02	17/26	Randomizado; perdas entre 21 e 42%; amostra similar à clínica de HIV
Gielen et al, 2001, EUA	I: 40; ? C: 30; ?	Sub amostra com parceiro sexual principal no <i>baseline</i> e seguimento		Progresso no uso de preservativo com parceiro principal após 6 meses	Progresso em relação ao controle: OR: 2,67 p: 0,04	20/26	Pago U\$ 20,00/entrevista Análise por intenção de tratar
Grinstead et al, 2001, EUA	I: 94; 61	Homens HIV+ encarcerados	I: série de 8 sessões por 2 semanas	Uso de preservativo na primeira relação	I: 81% C: 68%	11/26	Estudo com baixo poder estatístico

	C: 29; 20	que seriam libertados dentro de 6 meses	consecutivas	pós- liberação	Dif: 0.30(h de Cohen)		
Kalichman et al, 2001, EUA	I: 185; 141 C: 143; 110	Homens e mulheres HIV+, recrutados de serviços de AIDS e doenças infecciosas	I: grupos, de 5 sessões, baseada na Teoria Social Cognitiva C: grupo de suporte, em 5 sessões	% do uso de preservativo para sexo vaginal e anal com todos os parceiros após 6 meses	Início: I: 75.5% C: 57.1% 6 meses: I: 71,7% C: 54,6% Dif: 17,1 p.p.	22/26	Randomizado.
Rotheram-Borus et al[16], 2001, EUA	I: 208; 124 C: 102; 30	Jovens de 13-24 anos, HIV+, atendidos em 9 clínicas	2 módulos em 23 sessões de grupos (6 meses), com base no modelo "Ação Social" C: atendimento normal	% de atos sexuais desprotegidos (após módulo II)	I: 2,8% C: 15,5% Dif: 1,7 p.p. p: < 0,01	15/26	Grupos designados em seqüência Sessões pagas Seguimento de 15 meses

I: intervenção; C: controle; M: mulher; H: homem; Dif: diferença

ARTIGO 2:

**FACTORS ASSOCIATED TO CONDOM USE AMONG
WOMEN OF AN URBAN CENTER IN SOUTHERN BRAZIL**

Artigo aceito para publicação nos Cadernos de Saúde Pública

Factors associated to condom use among women of an urban center in southern Brazil

Condom use among women

Mariângela Freitas da Silveira, MD, MSc

Iná Silva dos Santos, MD, PhD

Jorge Umberto Béria, MD, PhD

Bernardo Lessa Horta, MD, PhD

Elaine Tomasi, PhD

Cesar Gomes Victora, MD, PhD

Maternal and Child and Social Medicine Departments

Faculty of Medicine

Universidade Federal de Pelotas

Avenida Duque de Caxias, 250, Pelotas, RS – Brazil, CEP: 96001-970

ABSTRACT

The study was aimed at investigating the prevalence of factors associated with condom use during last sexual intercourse (LSI) in 15-49-year-old women in a probabilistic sample of the urban area of Pelotas, southern Brazil. A questionnaire administered by an interviewer, investigating socioeconomic characteristics and subject habits, and another, self-administered questionnaire, for sexual behavior-related variables were used. Poisson regression, following a hierarchical model, was used for data analysis. 1,543 women were included, and losses and refusals amounted to 3.5%. Prevalence of condom use in LSI was 28%. This use was positively associated with younger age, greater schooling, nonwhite color, being single, and larger number of partners in the last three months. It suggests that the group most vulnerable to STDs/AIDS due to not using condoms is that of white, adult women, in stable unions, with less sexual partners.

Keywords:

Acquired Immunodeficiency Syndrome; Sexually Transmitted Diseases; Sex Behavior; Women's Health; Risk Factors.

RESUMO

Este estudo visou investigar a prevalência de fatores associados com o uso de preservativos na última relação sexual (URS) em mulheres de 15-49 anos de idade, de uma amostra probabilística da área urbana de Pelotas, sul do Brasil. Um questionário administrado por uma entrevistadora, investigou características *socioeconômicas* e hábitos pessoais, e outro, auto-aplicado, foi utilizado para investigar variáveis relacionadas ao comportamento sexual. Na análise dos dados foi utilizada a regressão de Poisson, segundo um modelo hierárquico, com 1.543 mulheres incluídas, sendo as perdas e recusas de 3,5%. A prevalência do uso de preservativos na URS foi de 28%. Este uso esteve associado positivamente com menor idade, maior escolaridade, cor não branca, ser solteira e ter tido maior número de parceiros nos últimos três meses. Sugere que o grupo mais vulnerável a DST/AIDS devido ao não uso de preservativos são as mulheres brancas, adultas, em uniões estáveis e com menos parceiros sexuais.

Palavras-chave:

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Comportamento Sexual; Saúde da Mulher; Fatores de Risco.

INTRODUCTION

In December 2001, there were 40 million people infected with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) worldwide, of which 18.5 million were women. Due to the increase in the number of cases classified as of heterosexual transmission, contamination among women has been on the rise. In 2001, almost half of the four million people infected were women. In Latin-America, roughly 1.5 million people are infected, and 28% of the adults in this group are women (UNAIDS¹). Brazilian Ministry of Health data suggest that, in this country, the number of people with HIV exceeds 500,000. Between January 1980 and December 2002, there were over 250,000 cases reported countrywide, of which 28% were women. In 2001, the ratio of cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) between men and women was 1.7 to 1 (Ministério da Saúde²).

Women are more vulnerable to STDs, due to both biological and sociocultural characteristics. In physical terms, women have certain particularities that increase risk of infection: the vaginal surface exposed to semen is large; semen has a greater concentration of HIV than vaginal secretion; STDs are more frequently asymptomatic; and the vaginal mucous membrane is fragile, especially among younger women (Bastos & Szwarcwald³). The social role of women also increases vulnerability, in light of the unequal power relationships and economical dependence, which especially in developing countries, limit access to adequate information and hinder the adoption and maintenance of safe behaviors (Bastos & Szwarcwald³).

Condom use is one of the most important weapons in the war against AIDS. Laboratory and epidemiological studies have demonstrated that condom use is effective against a number of sexually transmissible diseases, such as gonorrhea, non-gonococcal

urethritis, trichomoniasis, and genital herpes, as well as against HIV infection (Solomon & DeJong⁴).

The identification of usage patterns among women from the general population may aid the development of programs for the promotion of condom use. The present study is aimed at identifying socioeconomic and demographical factors, as well as personal habits, associated to reported condom use among women aged 15-49 years living in a medium-sized city in southern Brazil.

METHODS:

The target population of the present study were all 15-49-year-old women resident in the urban area of the city of Pelotas, southern Brazil. A cross-sectional design was employed, with a probabilistic sampling process in two stages: random selection of census sectors and, within these sectors, random selection of households. Between October 1999 and January 2000, a systematic sample of 48 of the 281 urban census sectors was visited. In each sector a starting point was randomly selected and interviewers searched the neighborhood visiting a house in every three until 44 households were included. A total of 2112 households were selected. All women between ages 15-49 years in each household were interviewed. Interviewers were all female, with high-school education, previously trained for administering the questionnaire.

In order to study the association between an exposure affecting 10% of women and an outcome with 30% prevalence, with relative risk ≥ 1.6 , 5% alpha, 95% power, and 1.4 design effect, a sample of roughly 1,500 women was required.

The questionnaire comprised three parts: a household module, including family socioeconomic information; an individual module, with questions related to socioeconomic and behavioral variables, both administered by the interviewer; and a confidential, self-administered, numbered questionnaire investigating subject sexual history and practices. The latter, following its completion, was placed by the subject into a sealed envelope, which was opened and coded only by the study coordinator.

Data on the following variables were collected: age (in full years, based on date of birth); color (observed by the interviewer, classified as white or nonwhite); marital status (married/with partner, single, widow or separated/divorced); family and subject's income in the last month (collected in *reais* and transformed into minimum wages); per capita income

(ratio between family income and number of family members); schooling (in completed school years with approval); religious practice (yes/no); current smoking (yes/no); and physical exercise in the previous three months (yes/no), defined as exercise or sport practiced outside school/work hours.

Variables related with risk behaviors were collected by means of the self-administered questionnaire: age at first sexual intercourse (vaginal, oral, or anal, risk being defined as age < 18 years) (Seidman et al. ⁵); condom use during last sexual intercourse (LSI) (yes/no); alcohol use before LSI by subject (yes/no) or partner (yes/no); drug use before LSI by subject (yes/no) or partner (yes/no); anal intercourse in last relation (yes/no); number of partners in the last three months (risk being defined as two or more reported partners); and perceived risk of acquiring STDs/AIDS (very possible, possible, little possibility, almost impossible, and impossible). Reported condom use during LSI was the outcome in subsequent analyses.

Five percent of interviews were repeated for quality control purposes. Data in all questionnaires were entered twice by different professionals, using Epi-Info software v. 6.0, which allowed for the comparison between databases and the correction of entry mistakes. Data cleaning included consistency and amplitude verifications for all variables. The initial analysis was carried out using SPSS software v. 8.0, by establishing frequency distributions. Ignored values for the independent variables were recoded for modal category of grouping variables. The variable with greatest percentage of ignored values was age at first sexual intercourse, with 5.2%.

Stata 8.0 software was employed for analysis through Poisson regression with robust variance. This type of analysis was chosen due to the prevalence of the outcome being greater than 10%, which may lead to an overestimation of odds ratios, measure obtained using logistic regression (Barros & Hirakata⁶).

In multivariate analysis, variables were introduced according to their causality levels in a hierarchic model (Figure 1). The first level included variables age, schooling, per capita family income, and color; the second level comprised marital status; and the third level included physical exercise, age at the onset of sexual activity; number of partners in the last three months; and drug/alcohol use by subject or partner before LSI. Variables were selected for the theoretical framework based on the review of the literature for factors shown to be related to condom use and other protective behaviors. For each level, a backward elimination linear regression equation was carried out, discarding all variables with $p > 0.20$. Variables that remained in the first level were included in the second level equation, once again eliminating variables with $p > 0.2$. This procedure was repeated for the third level. The $p > 0.20$ threshold was adopted because confounders may affect estimates even when their significance levels do not reach the 0.05 level (Maldonado & Greenland⁷). An analysis including all described variables – including those with $p > 0.20$ – was also carried out; results were similar to those obtained in the hierarchic model and will not be described.

For result presentation purposes, only variables with $p < 0.05$ were considered as significant. More details on the present methodology may be found in other publications originated from the same data (Silveira et al.⁸) (Silveira et al.⁹).

All participating subjects provided verbal informed consent to participating in the study. Study protocol was cleared by the Ethical Committee of Federal University of Pelotas.

RESULTS

We visited 2,112 households and listed all residents, including sex and age. In case of empty or closed houses, this information was obtained from neighbors. We identified 1,851 women between ages 15 and 49 years, of which 65 (3.5%) refused or were not able to participate in the interviews after at least three attempts. Of the remaining 1,786, 1,543 women who reported being sexually active were included. The subsequent analyses are based on the latter group.

The prevalence of the outcome studied, reported condom use during last sexual intercourse was 28%.

Age group distribution was homogeneous, with a lower frequency of adolescents (9.7%), for many of the latter were not yet sexually active. Roughly four-fifths of subjects were white; 61% were married or in stable unions, followed by 27,3% of singles; one fifth of the subjects belonged to families with per capita income ≤ 0.5 minimum wages; 41% declared having no personal income; more than half had up to 8 years schooling; and 55% did not practice religion. As to behavioral variables, 30% of women reported being smokers; and 72% did not perform physical exercise on a regular basis.

Concerning STD/AIDS risk behaviors: onset of sexual activity took place before age 18 in 47% of the sample; 14% of partners used alcohol and/or drugs before LSI; 7% had two or more partners in the previous three months; and 3% practiced anal intercourse during last relation.

Table 1 presents crude and adjusted prevalence ratios, for socioeconomic and demographic variables, included in the first hierarchic level. Variables age and schooling remained associated to condom use during LSI after adjustment. Women in the 15-19 years age group were 2.3 times more likely to report condom use during LSI than those in the 45-49

group. Among women with higher levels of schooling (12+ years), prevalence ratio was 50% higher than in the 0-4 years schooling group.

Nonwhite women reported higher levels of condom use, a difference which remained significant after adjustments for age and schooling. Per capita income remained nonsignificant after adjustment for the remaining variables, this being excluded from the model. Variable woman's personal income was not included in multivariate analysis due to its > 0.20 significance level already in bivariate analysis.

Marital status – included in the second level of the analysis model – remained significant after adjustment. Single women were three times more likely to report condom use than those married or with stable partners. Religious practice was not included in multivariate analysis.

In the third level (Table 2), physical exercise lost significance after adjustment, and was eliminated from the model. Smoking, perception of risk of acquiring STDs/AIDS, and anal intercourse were not included in multivariate analysis ($p > 0.20$).

Age at onset of sexual activity ≤ 17 years was associated, in bivariate analysis, with greater reported condom use, but this association lost significance after adjustments for age, schooling, color, alcohol/drug use by subject before LSI and number of partners in the previous three months, and the variable was excluded from the model. The same occurred with alcohol/drug use by partner before LSI

The association between alcohol/drug use by subject before LSI and condom use during LSI was rendered nonsignificant after adjustment ($p = 0.16$) and was kept in the model for confounder control only. Number of partners in the previous three months remained significantly associated with the outcome ($p = 0.001$). Women who reported two or more partners in the three months prior to the interview had a 40% greater probability of condom use in LSI.

DISCUSSION

Since this is a population-based study, it was possible to describe the distribution of reported condom use during LSI in a medium-sized city in southern Brazil. The percentage of losses was low, below 4%.

Possible study limitations arise from the difficulty in reporting intimate experiences, even through self-administered questionnaires, aided by the fact that interviews took place in the subject's household, which may have inhibited a number of women, especially adolescents. Furthermore, most sexual behaviors investigated, as well as condom use, referred only to the last sexual intercourse. On the other hand, questioning subjects about longer periods may lead to recall bias and to the reporting of idealized rather than concrete behaviors. Moreover, UNAIDS and other international entities include condom use during LSI and not the current use as indicator of risk behavior (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/un aids-00.17e/panel5.html#8>¹⁰). Finally, the low level of schooling of a number of subjects may have affected their answering the self-administered questionnaire.

Another potential problem was the evaluation of sexual behavior and condom use solely through women's reports. The reliability of sexual behaviors reported by North-American adolescents was investigated by Brener et al. The authors demonstrated Kappa agreement rates of 71% for onset of sexual activity before age 13, 81% for four or more partners in life, and 48% for four or more partners in the previous three months (Brener et al.¹¹). On the other hand, Zenilman observed, among high-STD/HIV-risk North-American men and women, that reported condom use was not associated to lower STD incidence (Zenilman et al.¹²). It is believed that the usual direction of information bias is to overestimate the real

prevalence of condom use.

The prevalence found for condom use during last sexual intercourse was 28%. In Pelotas, 42% of school-age adolescents (12-19 years) reported condom use during last intercourse (Béria¹³). In the present study, this rate was 47% for the 15-19 years age group. In the international literature, condom use levels are still low, ranging from 3.2% during last intercourse in 16-72-year-old women in the Dominican Republic to 22.5% among adult British males during last heterosexual intercourse (Brewer et al. ¹⁴) (DeHovitz et al. ¹⁵) (Michael et al. ¹⁶) (Roye¹⁷). A Brazilian population-based study revealed a prevalence of condom use during last twelve months of 21% (69% in casual relationships) among sexually active 16-65-year-old women. In the 16-25 years age group, this rate was 44% (53% among men and 35% among women). Generally speaking, the group that least used condoms were women in stable unions (CEBRAP¹⁸). These data are confirmed in the present study, which revealed a greater rate of condom use during LSI among young and single women.

In the US, sexual HIV and STD contamination is associated with low income, little schooling, and African ascendance (Diaz et al. ¹⁹) (Ellen et al. ²⁰) (Seidman et al. ⁵). In Brazil, AIDS incidence in women with *primeiro grau* education (1st-8th grades) was 53% greater than among those with *segundo grau* education (9th-11th grades) (Bastos & Szwarcwald³). The present study demonstrated a positive association between schooling and condom use. However, nonwhite color was also associated with greater condom use, the association gaining significance after adjustment for age and schooling. The effect of income was not demonstrated. Physical exercise lost significance after adjustment, possibly due to positive confusion with age.

Concerning the early onset of sexual activity, we observed that 47% of women had had sexual intercourse before age 18 years. In Brazil, a nationwide survey (1998) revealed that 68% of women between ages 15 and 19 years were already sexually active (CEBRAP¹⁸). Despite the lack of comparability between these percentages, they indicate that early onset of sexual activity is a frequent phenomenon. In a North-American survey, early onset of sexual activity was associated with lower rates of condom use (Seidman et al. ⁵). Such an association was not observed in the present study, where bivariate analysis suggested a positive association between condom use and early onset of sexual activity. This association did not remain significant after adjustment, probably due to positive confusion with age, since younger women, who reported the greatest levels of condom use, were also those who began sexual activity the earliest.

As to anal intercourse, the prevalence found was of 3% in LSI. Such prevalences varied, in different studies conducted last year, between 7% and 9% among 16-59-year-old British and American women, respectively (Michael et al. ¹⁶). In the LSI of school-age adolescents (12-19 years) the reported prevalence of anal intercourse was 7% (Béria¹³). In the present study, there was no association between anal intercourse in LSI and condom use.

It was found that 7% of women had had sexual intercourse with two or more partners during the three months preceding the interview. In the US, among 15-44-year-old single women, this rate varied between 6.6% and 8.4% (Michael et al. ¹⁶) (Seidman et al. ²¹). As to the higher rate of condom use among women with 2 or more partners in the previous three months, no further papers dealing with this issue could be located. However, in the above mentioned nationwide survey, 70% of women reported using condoms in casual relationships (CEBRAP¹⁸).

The results of the present study demonstrate that most women do not report using condoms, especially those in stable unions. Condom use was more frequent among women that were younger, with higher-schooling, nonwhite, single, and with a greater number of partners during the previous three months. One could assume that these groups, due to a greater awareness of their risk, would also be aware of the need for prophylaxis. Risk perception, however, was not associated to condom use, which indicates that there are probably other mechanisms involved in this practice. Other analyses have demonstrated that women do not correctly evaluate their risk levels (Silveira et al⁸). The fact that adult women, in stable unions, and with a smaller number of partners are those that use condoms the least should be enough to place this group in the focus of Public Health attention, with implications also on prevention campaigns. The reasons behind the results obtained in the present survey should be investigated in further studies, especially qualitative ones, in order to aid the elaboration of more efficient strategies for the promotion of condom use among women.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

1. UNAIDS, 2002. Reports on the global HIV/AIDS epidemic. July 2002.
2. MS (Ministério da Saúde), 2002. Boletim Epidemiológico AIDS. In: Semanas epidemiológicas abril a dezembro de 2002.
3. Bastos, F.& Szwarcwald, C., 2000. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:65-76.
4. Solomon, M. & DeJong, W., 1989. Preventing AIDS and other STDs through Condom Promotion: A Patient Education Intervention. *American Journal of Public Health*, 79(4):453-58.
5. Seidman, S.N., Mosher, W.D. & Aral, S.O., 1994. Predictors of high-risk behavior in unmarried American women: adolescent environment as risk factor. *Journal of Adolescent Health*, 15(2):126-32.
6. Barros, A.D.& Hirakata, V., 2003. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BioMedCentral Medical Research Methodology*, 3(21).
7. Maldonado, G.& Greenland, S., 1993. Simulation study of confounder-selection strategies. *American Journal of Epidemiology*, 138:923-36.
8. Silveira, M.F., Béria, J., Horta, B.& Tomasi, E., 2002a. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 36(6):670-7.
9. Silveira, M.F., Béria, J., Horta, B., Tomasi, E. & Victora, C. G., 2002b. Factors Associated With Risk Behaviors for Sexually Transmitted Disease/AIDS Among Urban Brazilian Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(9):536-541.
10. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/unaid-00.17e/panel5.html#8>

11. Brener, N., Collins, J., Kann, L., Warren, C. & Williams, B., 1995. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141:575-80.
12. Zenilman, J., Weisman, C., Rompalo, A., Elish, N., Upchurch, D., Hook, E., et al, 1995. Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 22:15-21.
13. Béria, J., 1998. Ficar, transar ...a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial.
14. Brewer, T.H., Hasbun, J., Ryan, C.A., Hawes, S.E., Martinez, S., Sanchez, J., et al, 1998. Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic. *Aids*, 12(14):1879-87.
15. DeHovitz, J., Kelly, P., Feldman, J., Sierra, M., Clarke, L., Bromberg, J., et al, 1994. Sexually transmitted diseases, sexual behavior, and cocaine use in inner-city women. *American Journal of Epidemiology*, 140(12):1125-34.
16. Michael, R.T., Wadsworth, J., Feinleib, J., Johnson, A.M., Laumann, E.O. & Wellings, K., 1998. Private sexual behavior, public opinion, and public health policy related to sexually transmitted diseases: a US-British comparison. *American Journal of Public Health*, 88(5):749-54.
17. Royce, C.F., 1998. Condom use by Hispanic and African-American adolescent girls who use hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health*, 23(4):205-11.
18. CEBRAP, 2000. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Brasília.
19. Diaz, T., Chu, S., Conti, L., Sorvillo, F., Checko, P., Hermann, P., et al, 1994. Risk behaviors of persons with heterosexually acquired HIV infection in the United States: results of a multistate surveillance project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 7(9):958-63.

20. Ellen, J.M., Aral, S.O.& Madger, L.S., 1998. Do differences in sexual behaviors account for the racial/ethnic differences in adolescents' self-reported history of a sexually transmitted disease? [see comments]. *Sexually Transmitted Diseases*, 25(3):125-9.
21. Seidman, S.N., Mosher, W.D. & Aral, S.O., 1992. Women with multiple sexual partners: united states, 1988 [see comments]. *American Journal of Public Health*, 82(10):1388-94.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like thank PROAPE-CAPES- Ministry of Education and Culture, and CNPq (Brazil).

Figure 1 – Logistic regression analysis model

Hierarchical model based on assumed causality determination for condom use among women.

First determination level

Age

Schooling

Per capita family income

Color

Second determination level

Marital status

Third determination level

Physical exercise

Age at onset of sexual activity

Number of partners in the last three months

**Alcohol/drug use by subject before last
intercourse**

**Alcohol/drug use by partner before last
intercourse**

Outcome

**Reported condom use in last sexual
intercourse**

Table 1. Prevalence ratios for condom use among women, according to sociodemographic variables. Pelotas, 1999-2000.

Variable	%^e	% condom use during last intercourse	Crude	Adjusted
Age in years^a				
15-19	9.70	47.0%	2.30 (1.70 – 3.11)	2.31(1.70 – 3.14)
20-24	15.60	34.3%	1.68 (1.24 – 2.28)	1.61(1.19 - 2.19))
25-29	13.90	25.0%	1.23 (0.87 – 1.72)	1.19(0.85 – 1.67)
30-34	13.70	30.0%	1.47 (1.06 – 2.03)	1.40(1.01 – 1.94)
35-39	15.40	24.3%	1.19 (0.85 – 1.66)	1.14(0.82 – 1.60)
40-44	15.60	22.6%	1.11 (0.78 – 1.57)	1.05(0.74 – 1.49)
45-49	16.10	20.4%	1.00	1.00
	n:1543		(p<0.001)	(p<0.001)
Schooling^a				
≤ 4 years	18.20	21.2%	1.00	1.00
5-8 years	37.20	28.3%	1.34 (1.03 – 1.74)	1.23 (0.94-1.60)
9-11 years	26.40	29.0%	1.37 (1.04 – 1.81)	1.21 (0.92-1.59)
≥ 12 years	18.20	32.1%	1.52 (1.14 – 2.02)	1.51 (1.13-2.01)
	n: 1537		(p=0.06)	(p=0.02)

Per capita income in

MW^b

≤ 0.5	18.70	27.8%	1.00	1.00
0.51 – 1.00	23.00	24.9%	0.89 (0.69 – 1.16)	0.88(0.67 – 1.15)
1.01 – 2.00	26.20	26.9%	0.97 (0.75 – 1.24)	0.94(0.73 – 1.22)
> 2	32.10	31.5%	1.13 (0.90 – 1.43)	1.03(0.78– 1.37)
	n: 1510		(p=0.14)	(p=0.63)

Skin color^c

White	78.80	27.3%	1.00	1.00
Nonwhite	21.20	31.1%	1.14 (0.94 – 1.37)	1.27 (1.05 – 1.55)
	n: 1543		(p=0.17)	(p=0.02)

Marital status^d

Single	60.80	51.7%	3.14 (2.65 – 3.74)	3.15(2.57 – 3.87)
Separated/divorced	27.30	34.9%	2.12 (1.63 – 2.76)	2.16(1.65 – 2.83)
Widow	9.70	24.2%	1.48 (0.79 – 2.74)	1.63(0.88 – 3.03)
Married/with	2.20	16.4%	1.00	1.00
partner	n: 1543		(p<0.001)	(p<0.001)

(a) Adjusted model including variables *age* and *schooling*.

(b) Adjusted model including variables *age*, *schooling*, *per capita income*, and *color*.

(c) Adjusted model including variables *age*, *schooling*, and *color*.

(d) Adjusted model including variables *age*, *schooling*, *color*, and *marital status*.

(e) Totals do not coincide due missing information for some variables.

Table 2. Prevalence ratios for condom use among women, according to behavioral variables. Pelotas, 1999-2000.

Variable	%^c	% condom use during last intercourse	Crude	Adjusted
Physical exercise^a				
No	71.60	26.4%	1.00	1.00
Yes	28.40	32.2%	1.22(1.03 – 1.45)	1.14(0.96 – 1.36)
	n: 1538		(p=0.02)	(p=0.23)
Age at onset of sexual activity in years^a				
≥ 18	52.90	25.9%	1.00	1.00
≤ 17	47.10	30.5%	1.80(1.01 – 1.39)	0.95(0.78 – 1.15)
	n: 1462		(p=0.04)	(p=0.54)
Alcohol/drug use by subject before last sexual intercourse^b				
No	93.10	26.7%	1.00	1.00
Yes	6.90	45.7%	1.71 (1.36 – 2.14)	1.24(0.98 – 1.56)
	n: 1532		(p<0.001)	(p=0.16)

Number of partners				
during last three				
months^b				
≤ 1	93.10	26.1%	1.00	1.00
≥ 2	6.90	50.5%	1.93(1.56 – 2.40)	1.43(1.14 – 1.79)
	n: 1468		(p<0.001)	(p=0.001)
Alcohol/drug use by				
partner before last				
sexual intercourse^a				
No	86.50	27.1%	1.00	1.00
Yes	13.50	34.0%	1.26(1.02 – 1.55)	0.88(0.67 – 1.17)
	n: 1508		(p=0.03)	(p=0.41)

- (a) Adjusted model including variables *age, schooling, color, marital status, physical exercise, age at onset of sexual intercourse, alcohol/drug use by subject, number of partners during last three months*, and *alcohol/drug use by partner*.
- (b) Adjusted model including variables *age, schooling, color, marital status, alcohol/drug use by subject*, and *number of partners during last three months*.
- (c) Totals do not coincide due missing information for some variables.

ARTIGO 3:

**IMPACT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION TO
PROMOTE CONDOM USE AMONG THE MALE
PARTNERS OF HIV POSITIVE WOMEN**

*Artigo preparado de acordo com as normas de publicação do International Journal
of STD&AIDS*

IMPACT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION TO PROMOTE CONDOM USE AMONG THE MALE PARTNERS OF HIV POSITIVE WOMEN

EDUCATIONAL INTERVENTION IN HIV+ WOMEN

Authors:

M F Silveira, MD, MS

I S Santos, MD, PhD

Maternal and Child Department and Social Medicine Department
Faculty of Medicine
Universidade Federal de Pelotas

Correspondence to: Mariângela Freitas da Silveira - Avenida Duque de Caxias, 250, Pelotas, RS – Brazil, CEP: 96001-970

SUMMARY

Promoting the secondary prevention of HIV transmission is essential. An intervention, aimed at increasing condom use by partners, was delivered to HIV positive women attending a Brazilian clinic. It included educational advice delivered by doctors, and unlimited access to free condoms. A pre-post design was used: 170 control group women were recruited, the intervention was implemented, and 170 intervention group women were then enrolled. All were interviewed at baseline, 30 and 60 days. After training, doctors were more likely to provide advice on condom use. Reported use increased by 8.8 percent points (a 14.2% increase) in the intervention group after 30 days, and by 5.7 points (9.5%) in the control group ($p=0.52$). The reasons why the intervention failed to reach a significant effect are discussed, as are the possible Public Health impact of a 14.2% increase in condom use among HIV positive women.

Key – words: HIV+; AIDS; women; intervention studies; condom

INTRODUCTION

The prevention and treatment of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) represent major challenges. By the end of 2003, approximately 38 million people worldwide were contaminated with the Human Immunodeficiency Virus (HIV), of whom half were women. During that year, half of all new infections were also among women¹. In Brazil, according to the Ministry of Health, there were approximately 600,000 HIV positive individuals and 300,000 AIDS patients in December 2003, with a male to female ratio of 1.8².

The introduction of antiretroviral (ARV) therapy brought about major improvements in the quality of life of HIV carriers. In Brazil, ARV treatment is provided at no cost by the Ministry of Health, which led to a substantial increase in life expectancy. As a consequence, it is now even more important to prevent HIV positive individuals from contaminating their partners. Condom use is the most effective strategy available to prevent HIV transmission. Regular condom use can also protect seropositive subjects themselves. Other sexually transmitted diseases (STD) can contribute to further compromising their immune response. Also, unprotected sex with seropositive partners can hinder viral load control and increase the risk of contamination by ARV- resistant viruses³.

The literature shows that HIV positive subjects who are aware of their condition may be more receptive to preventive interventions, but do not necessarily use condoms during intercourse with partners of unknown or negative HIV status. A study carried out in the United States compared 2,040 seropositive women, who knew of their status for at least six months, with 516 women at high risk of becoming HIV positive (including

drug users and commercial sex workers)⁴. The former reported less sexual activity and greater drug use in the last six months; higher condom use (63% versus 28%) in vaginal intercourse; and consistent use of condoms in all types of intercourse. HIV positive women who used other types of contraception were less likely to use condoms consistently⁴.

The interruption of HIV transmission is a global priority. Massive investments in human and economic resources that could be directed to other disease control activities are being spent to fight AIDS, particularly for case-management. Interventions to increase condom use among known HIV carriers are a fundamental component of preventive strategies. Successful control of HIV, in addition to its social consequences, can also lead to major savings in public expenditure.

This study was aimed at promoting condom use among the male partners of HIV positive women attending an outpatient clinic in Brazil, through an educational intervention.

METHODS

The study was a non-randomized intervention (quasi-experiment) with an internal, non-concurrent control group⁵. Control patients were recruited during a four-month period, then the staff were trained in the intervention, and subsequently the intervention group was recruited (see below). The evaluation was carried out in the AIDS Clinic of the Universidade Federal de Pelotas (Serviço de Assistência Especializada - SAE/UFPEL). In this outpatient clinic, HIV positive women receive care from infectious diseases specialists, gynecologists, nurses and social workers. There are also group activities: for all patients, for pregnant women and for those receiving ARV treatment. The service routine recommended that all patients, including those who were pregnant, should be advised in all contacts with the service – either individual or group sessions - to use condoms at every intercourse. However, prior to the onset of the intervention, advice on condom use was not provided in a systematic or standardized way, and it varied according to the professional who interacted with the patient. Every client was entitled to up to 21 free condoms a month.

The first contact between the patient and the service can be either through a clinical or a gynecological consultation. Not every patient who is seen by a clinician is also seen by a gynecologist, and vice-versa.

To be able to compare with findings from other studies⁶, the target population was selected among SAE patients who were aware of their HIV positive status for at least 3 months. All female patients aged 15 years or older attending the SAE during the enrollment period were invited to join the study. These included pregnant and non-pregnant women, and those in all stages of the disease. The exclusion criteria included

diagnosis less than three months before recruitment and, for women in the intervention group, having previously participated in the control group.

The following parameters were used for calculating the required sample size: alpha error of 5%, 80% power, and baseline condom use of 40%. The latter estimate was based on a review of case-notes of women attending the gynecology clinic, who represent 51% of all SAE patients. Assuming that the intervention would increase condom use by 15 percentage points, 134 patients would be required in each group. Allowing an extra 25% for refusals and losses to follow-up, 170 subjects would be needed in each group, or 340 in total. These estimates were based on one-tailed alpha errors, that is, assuming that the intervention could only increase – and not decrease – condom use.

The intervention had two components: an educational program and the unlimited distribution of free condoms. The first was translated and adapted from the original Behavioral Surveillance Workgroup, developed at the Centers for Disease Control⁷. The intervention was delivered by the SAE doctor during a consultation, and it comprised four educational modules about the consequences of HIV infection, general health care measures and promotion of condom use. During the consultation, doctors used flipcharts with graphical displays of the main contents of the intervention.

Standardized questionnaires were applied to both control and intervention group patients. It included information on sexual behavior, condom use and individual characteristics. The questionnaire was based on the forms used by the CDC Behavioral Surveillance Workgroup⁸ and by UNAIDS⁹. A long version was used for the baseline interview, and a short one for the follow-up visits. The questionnaires were previously tested among HIV positive patients in a neighboring city, to avoid contamination. The

following variables were collected: reported condom use during the last intercourse (main outcome measure); time since the diagnosis; age; skin color (according to the interviewer); schooling in years completed with approval; marital status; family income (in minimum wages, later calculated as per capita income); number of pregnancies; current pregnancy; intent to become pregnant; smoking; alcohol use; condom use in the past; knowledge about benefits of condom use; age at first intercourse; lifetime number of sexual partners; use of intravenous drugs; commercial sex; and characteristics of the last sexual partner. Case-notes were reviewed by the study supervisor to record clinical characteristics of the patients. The number of condoms received in the clinic pharmacy were also recorded.

The questionnaires were applied by three female interviewers with college education, who were trained on interviewing techniques as well as on how to approach the patients and on research ethics, including confidentiality. The interviewers made the initial contact with all patients, and after ascertaining eligibility invited them to participate in the study and asked for their written informed consent. It was made clear to all subjects that refusal to participate in the study would not affect the care they would receive in the clinic. The first 170 women to be enrolled, from April to July 2003, constituted the control group. They received the usual standard of care delivered at the clinic, including non-systematic advice on prevention and up to 21 free condoms a month; for the latter, the doctor had to sign a prescription that the patient would take to the clinic pharmacy. These women were reinterviewed at home 30 and 60 days after the baseline interview.

When the last 60-day visit to the control group was carried out, clinic staff was trained. The training course lasted 12 hours and included sensitivity training,

presentations about the technical components of the intervention, and role-playing. Immediately after training the intervention group of patients started to be enrolled. They received the educational intervention during the medical consultation, as well as an educational handout, and were entitled to request as many condoms as they wished from the clinic pharmacy. In the same manner as the control group, they were visited at home 30 and 60 days later for a short interview.

To control the possibility of changes in condom use over the study period, women in the control group were also revisited at the end of the study period and the follow-up questionnaire was applied. Figure 1 describes the study flow-chart.

Compliance with the preventive counselling by doctors was assessed through the observation of 10% of all attendances by patients from the two groups (intervention and control). Trained observers used a checklist to record the advice provided by doctors. Quality control measures included the systematic repetition of 5% of the interviews in all stages of the study. Sixty-four questionnaires were repeated and the kappa statistic for interobserver agreement was calculated for three key variables: age at the first sexual intercourse, number of intercours in the last month and condom use in the last month. Kappa values ranged from 0.63 to 1.00, showing a high degree of agreement.

All forms were entered twice using the Epi-Info program. Range and consistency checks were carried out. Data were cleaned using SPSS 8.0, which was also used in the data analyses. The analyses included the comparison of baseline characteristics between the intervention and control groups using chi-squared and t-tests. Logistic regression was used to adjust the effect of the intervention for variables that differed significantly at baseline between the intervention and control groups, and that were associated with the intervention status.

The project was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the Federal University of Pelotas.

RESULTS

Data collection lasted from March 2003 to July 2004. Three patients were excluded, two due to mental retardation, and one with terminal AIDS. These were replaced. In the intervention group, there were seven follow-up failures (4.1%) at the 30-day interview: five changed address and could not be traced, one because of severe illness and one did not authorize the interviewer to visit her at home. At the 60-day visit, there were five losses (2.9%), four due to changed address and one who died. In the control group, there was one loss (0.6%) at 30 days and four (2.3%) at 60 days, all due to a change in address.

Table 1 describes the main baseline characteristics of the two groups. Of women in the intervention group, 44% had been diagnosed in the last six months, a proportion that was significantly higher than in the control group ($p<0,001$) in which 43% of the women had a diagnosis for more than three years. Black women were more common in the intervention than in the control group (40% *versus* 24.7%; $p=0,003$), and this group also had lower family income. There were no significant differences in the age distribution and most women were aged 20-29 years. There were also no differences in terms of schooling or marital status. The groups also had similar distributions of reproductive variables, including parity, current pregnancy and intent to get pregnant. Smoking habits did not differ: 53% in the intervention and 48% in the control group. Reported alcohol intake was greater in the intervention (19.4% at least once a week) than in the comparison group (10.6%; $p=0.02$). Patients in the intervention group were more likely to report having ever used a condom than those in the control group, but the

significance of the difference was borderline ($p=0.05$). Nearly all (98%) of women in both groups reported knowing that condoms protect against HIV/AIDS.

Table 2 describes the two groups in terms of sexual behaviors and drug use. Onset of sexual activities was earlier (over 80% before 18 years) in the intervention than in the control group ($p=0.002$). Both groups had similar distributions in terms of the number of partners, use of injectable drugs, commercial sex and type of partner in the last intercourse, which for about 70% of women in both groups was the husband or a fixed partner.

Table 3 shows the results of the observations of consultations before and after the doctors were trained. There were substantial improvements ($p<0.001$) in terms of recommending condom use, independently of the serological status of the partner. The doctor did not prescribe condoms in any of the 18 visits observed in the control period. There were no changes in the provision of general advice on health, including the avoidance of smoking, alcohol or drugs. Consultations in the intervention period lasted on average 36 minutes, being eight minutes longer than in the control period ($p=0.02$).

In the intervention group, the first follow-up visit took place on average 33.0 (SD=6.3) days and the second visit 66.3 (SD=14.9) days after the baseline interview. The corresponding values were 30.9 (SD=3.0) and 61.4 (SD=3.6) days for the control group. The place where the follow-up visits were carried out varied, because some women did not want to be visited at home aiming to keeping their HIV status concealed. In the intervention group, 45.9% of the 30-day interviews took place at the clinic and 35.9% at the patient's home; 11.8% were by phone, and the remaining 2.4% elsewhere. At 60 days, the corresponding percentages were 42.9%, 33.5%, 17.6% and 3.0%. For the control group, the 30-day percentages were 62.9%, 27.0%, 5.9% and 3.5%, and at

60 days 54.7%, 22.9%, 16.5% and 3.6%, respectively. The proportion of women visited at home at 60 days was significantly higher in the intervention than in the control group ($p=0.03$).

The number of condoms received by the women at the clinic pharmacy are described in Table 4. Women in the intervention group were significantly more likely to request condoms than those in the control group, of whom between 89% and 96% did not request any condoms on each month ($p<0.001$). Women in both groups were equally likely to be able to have a condom in their possession and show it to the interviewers during the baseline interview, but this proportion was significantly greater in the intervention group at the 30 and 60-day visits ($p<0.001$).

Figure 5 presents the results in terms of the main outcome of the study, namely condom use by the male partner in the last intercourse. Both groups showed significant increases at 30 and 60 days relative to the baseline level ($p<0.001$). There were no significant differences, however, between the intervention and control groups in any of the three interviews. In the intervention group, condom use increased by 8.8 percent points between the baseline and 30 day interview, whereas the increase in the control group was 5.7 percent points. Although not significant, at 30 day interview, condom use increased 14.2% relative to the baseline value in the intervention group, and 9.5% in the control group. At the 60 day interview, the proportion reporting condom use was exactly the same (67.3%) in both groups.

DISCUSSION

Ideally, a randomized trial would be the most appropriate design for assessing the efficacy of the intervention under study. Randomization could be expected to result in two groups that would be comparable in terms of measured and unmeasured baseline characteristics that might be associated with condom use. However, a non-randomized design had to be adopted because there is only one specialized clinic in the city – as is the case for most cities in the country – and involving several cities in the study was not feasible. Randomization within the study clinic was also impossible, because the intervention involved all health workers in the clinic.

On the other hand, use of internal controls as in the present design has the advantage of comparing the intervention group with other women whose characteristics are likely to be similar because they live in the same geographical area and attend the same clinic.

A second option would be to follow up the same group of women, before and after the staff were trained. This would improve comparability because both intervention and control groups would be comprised by the same patients, but any variables changing over time might confound the effect of the intervention. Also, the study duration would increase because it would be necessary to wait for the women to return to the clinic spontaneously to be enrolled in the intervention group. This might also contribute to a decreased intensity of the intervention, because the effect of health worker training tends to decrease over time¹⁰.

Another possible limitation of the study was the difficulty in assessing variables related to sexual behavior, in spite of the use of standardized questionnaires and trained interviewers who did not belong to the clinic staff. Nevertheless, the fact that most interviews took place in the clinic may lead women to report ideal, rather than actual behaviors (“courtesy bias”). This is likely to have affected both the intervention and control groups, and this type of misclassification usually bias the results towards the null effect.

The literature suggests that reported sexual behaviors, including condom use, may have limited validity and repeatability. Brener et al assessed the repeatability of reported sexual behavior among adolescents¹¹. They reported kappa indices of 0.71 for onset of sexual intercourse before 13 years of age; 0.81 for having four or more lifetime sexual partners; and 0.48 for four or more partners in the last three months. Another study assessed the validity of reported condom use through a prospective cohort in a high-risk population¹². The authors collected information on sexual behaviors, condom use, risk factors, STD history and presence of infections assessed through laboratory tests for Chlamydia, gonorrhea, syphilis and Trichomonas infection. The investigation was repeated three months later. Self-reported condom use was not associated with a lower incidence of STD, suggesting substantial information bias and the need to complement reported information with biological markers. Unfortunately, budgetary reasons precluded the use of such markers in the present study.

The occurrence of pregnancy is also a marker of non-use of condoms. The number of new pregnancies, however, was small during the study period and not significantly different between the two groups (five in the intervention and two in the control group).

The present study failed to document a statistically significant difference between the two groups in reported condom use during the last intercourse. This finding contradicts the results of a 1993 Medline review, which concluded that educational interventions were effective in reducing transmission of HIV and other STDs¹³. Another review, however, identified only 14 intervention studies among HIV positive patients, of which only three were randomized and presented sample size calculations, thus suggesting that the methodological basis of intervention studies in this area are still weak¹³.

Although the difference in reported condom use during the last intercourse was not statistically significant in both the 30 and 60-day follow-ups, intermediate outcomes showed that intervention group women obtained a larger number of condoms in the clinic pharmacy than the control group. This finding cannot be explained either by courtesy bias or by a Hawthorne effect – by which women in both groups would be more likely to use condoms because the study questionnaires repeatedly asked about this behavior.

Another interesting finding was that intervention group women had on average fewer consultations than those in the control group (0.83 and 1.21, respectively). This may suggest that control group patients may be more conscious of their condition and therefore pay greater attention to their health. Even then, the intervention group requested more condoms than the comparison group.

Among control group women, 118 (70%) were reinterviewed at the end of the study. In spite of the fact that this last interview took place after the doctors were trained, the number of condoms obtained in the pharmacy did not change in relation to the baseline level ($p = 0.93$), and therefore continued to withdraw markedly fewer

condoms than the intervention group. Of these, 73 (61.9%) reported having had sex in the last month, of whom 52 (71.2%) reported having used a condom.

Even though there were no limits on condom distribution, intervention group women did not acquire excessive number of condoms. Their average was 26 during the three-month period, compared to six in the control group. The highest withdrawal was 90 condoms a month, by a commercial sex worker. This suggests that the current practice of requiring a doctor's prescription for delivering condoms may not be appropriate, because it limits access to condoms.

Being able to show a condom to the interviewer is regarded as an indicator of safe sex. Except for the baseline survey, in which fewer than 10% of the women were able to produce a condom, in both follow-up visits this behavior was more frequent in the intervention than in the control group. The place of interview, however, could be a limiting factor because during home interviews the women were able to show condoms that were kept in the house, whereas in the clinic interviews they would have to be carrying a condom. It is reassuring that in the 30-day follow-up the place of interview did not vary significantly between the two groups, but in the 60-day contact a higher proportion of intervention group interviews were at home than in the control group.

There were no questions about the compliance of providers with the intervention. Health promotion messages that, in the baseline study, tended to be rather general (e.g. on smoking, drinking or drug use) and more common in the control group, became focused on condom use during the intervention.

Given that the educational intervention actually took place, and that women who received it were more likely to obtain condoms, how can one explain the lack of an effect on reported condom use? One possible explanation is that interviewing over an

individual (the woman) aiming to change the sexual behavior of another one (her male partner) is a very difficult task. Another explanation would be that the study had low statistical power to detect a true association. The baseline level of condom use during the study – about 60% in both groups – was substantially greater than the assumption of 40% used in the sample size calculation. A posteriori calculations show that given a 60% baseline level and keeping other sampling parameters fixed (alpha 5%; power 80%; increase of 15 percent points; 25% extra for losses and refusals), 250 women instead of 170 would be needed in each group.

Literature reviews¹⁵ show that targeting preventive efforts at HIV positive individuals may be more effective than addressing them at the general population, for three reasons: 1) a greater impact on the spread of the epidemic (cost-effectiveness); 2) seropositive individuals usually show “preventive altruism” that is usually greater than self-protective efforts of HIV negative subjects; and 3) there are reasons to believe that such altruistic behavior may be reinforced through appropriate interventions. The change in behavior by one HIV positive individual should, on average and for most populations, have greater impact on HIV dissemination than behavior change in a non-infected individual. The size of the difference is inversely related to HIV prevalence in the population, up to a level of 50% prevalence. For example, if prevalence is 20% the impact will be four times greater. If this is 5%, it will be 19 times greater. However, relatively few preventive interventions are directed at HIV positive individuals, compared to those addressed to HIV negative subjects¹⁵.

The main reason for an HIV positive patient to adopt preventive practices is not avoiding to be further contaminated by other viral serotypes or by other STDs, nor pressure from their negative partners, but rather their own preoccupation in not

transmitting the virus. This is demonstrated by the relatively low prevalence of condom use among seroconcordant partners, and by the greater feeling of security of HIV positive subjects when having intercourse with partners whose HIV status is not known. Possible explanations for the finding, in most studies, that HIV positive individuals are more likely than the HIV negative to adopt preventive measures, include selection bias (among HIV positive subjects, only those with a greater sense of responsibility would take part in surveys) or information bias (carriers would be less likely to admit risk behaviors). However, studies have documented reduced incidence of STD after the HIV test for those found positive than for those who were negative¹⁵. It is plausible, therefore, to expect that educational interventions should result in increased condom use among carriers, and an increase of 14.2%, such as that observed at the 30-day follow-up, is relevant from the Public Health standpoint. Strategies to ensure the sustainability of these changes over time need to be explored in subsequent studies.

BIBLIOGRAPHY

- 1.UNAIDS, *Reports on the global HIV/AIDS epidemic*. July 2004.
- 2.MS (Ministério da Saúde), 2004. Boletim Epidemiológico AIDS. In: Semanas epidemiológicas janeiro a dezembro de 2003.
- 3.Wainberg M, Friedland G. *Public Health Implications of Antiretroviral Therapy and HIV Drug Resistance*. JAMA, 1998. **279**(24): p. 1977-1983.
- 4.Wilson TE, M.L., Riester KA, Barkan S, Richardson J, Young M, Gurtman A, Greenblatt R. *Sexual, contraceptive, and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for infection: results from the Women's Interagency HIV Study*. Aids, 1999. **13**: p. 591-98.
- 5.Kleimbaum, D.G., L.L. Kupper, and H. Morgenstern, *Epidemiologic Researchs*. 1a ed. Vol. 1. 1982: Van Nostrand Reinhold Company Inc. 529.
- 6.De Rosa, C.J. and G. Marks, *Preventive counseling of HIV-positive and self-disclosure of serostatus to sex partners: new opportunities for prevention*. Health Psychol, 1998. **17**(3): p. 224-31.
- 7.Abuse, N.I.o.D., ed. *The NIDA Community-Based Outreach Model*. 2000.
- Persons with heterosexually acquired HIV infection in the United States: results of a multistate surveillance project*. J Acquir Immune Defic Syndr, 1994. **7**(9): p. 958-63.
- 8.http://www.cdc.gov/nchstp/od/core_workgroup/default.htm. (available in august 18 1999).
- 9.Organization, G.P.o.A.W.H., *Second generation surveillance for HIV Compilation of Basic Materials*. 2001, World Health Organization: Geneva.
- 10.Rea M, Venancio SI, Martines JC, Savage F. *Counseling on breastfeeding: assessing knowledge and skills*. Bull. World Health Organ., 1999. **77**: p. 492-498.

11. Brener ND, C.J., Kann L, Warren CW, Williams BL., *Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire*. Am J Epidemiol, 1995. **141**: p. 575-80.
12. Zenilman JM, W.C., Rompalo AM, Elish N, Upchurch DM, Hook EW and Celentano D, *Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use*. Sexually Transmitted Diseases, 1995. **22**: p. 15-21.
13. Jewett JF, Hecht F.M. *Preventive health care for adults with HIV infection*. Jama, 1993. **269**(9): p. 1144-53.
14. Silveira MF, Santos IS. *Impact of interventions promoting condom use among HIV-infected individuals: a systematic review*. Revista de Saúde Pública, in press.
15. King-Spooner, S. *HIV prevention and the positive population*. Int J STD AIDS, 1999. **10**(3): p. 141-50.

Figure 1 – Study flowchart.

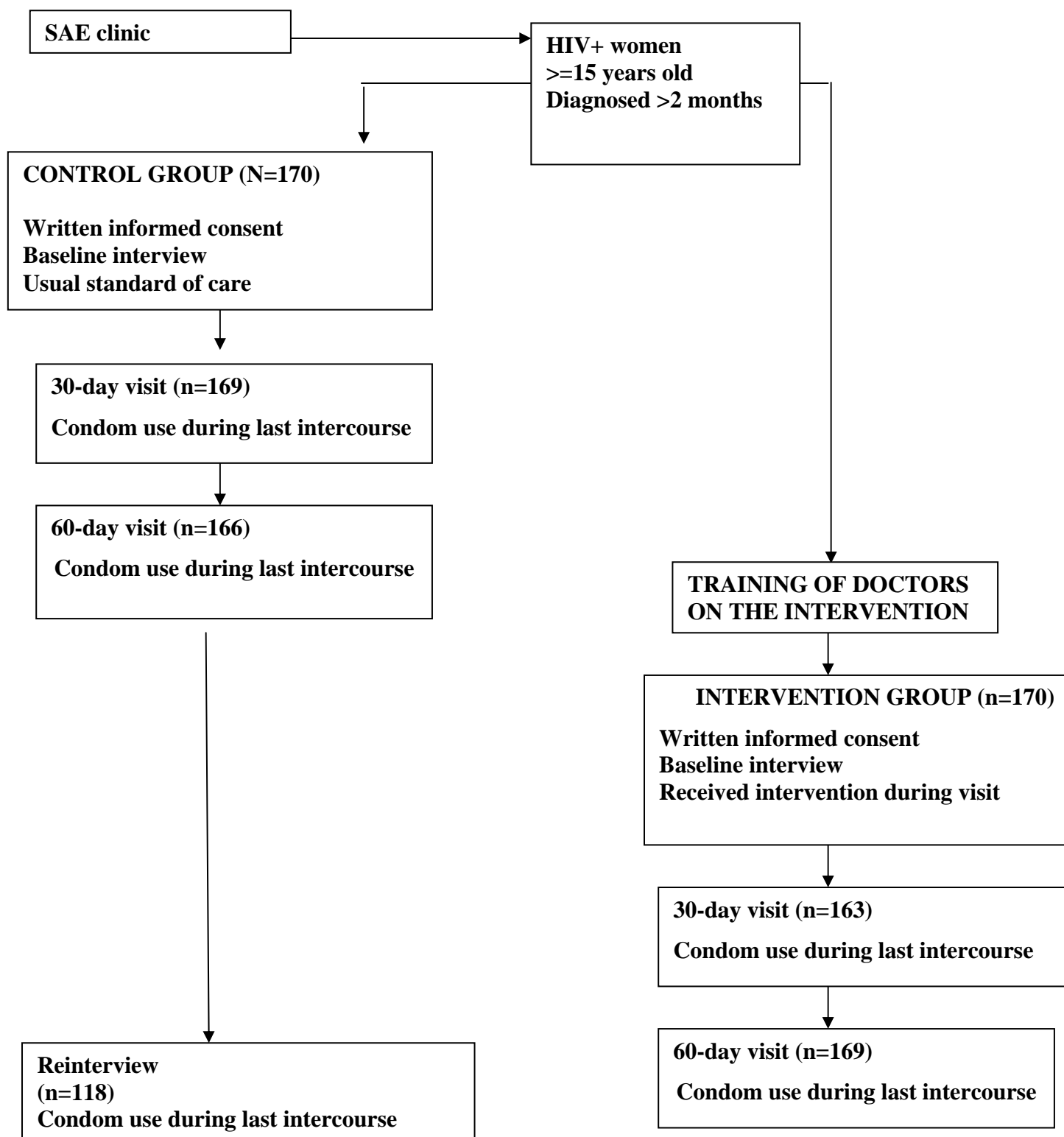


Table 1- Description of the sample of HIV positive women attending the clinic, according to sociodemographic and reproductive factors, habits and knowledge.

Variable	Control (%) (n = 170)	Intervention (%) (n = 170)
Time since diagnosis		
<6 months	14 (8,2)	75 (44,1)
6 months - 1 year	20 (11,8)	21 (12,4)
1,01-2,0 years	35 (20,6)	4 (2,4)
2,01- 3 years	28 (16,5)	15 (8,8)
> 3 years	73 (42,9)	55 (32,4)
		p<0.001*
Age		
15-19 years	10 (5,9)	9 (5,3)
20-29 years	64 (37,6)	77 (45,3)
30-39 years	47 (27,6)	53 (31,2)
40-49 years	37 (21,8)	23 (13,5)
50 ou + years	12 (7,1)	8 (4,7)
		p= 0.23
Skin color		
White	128 (75,3)	102 (60,0)
Non White	42 (24,7)	68 (40,0)
		p= 0.003
Schooling (years)		
0-4	62 (36,5)	67 (39,4)
5-8	77 (45,3)	73 (42,9)
9 or more	31 (18,2)	30 (17,6)
		p= 0.85
Marital status		
Married or living with partner	93 (54,7)	93 (54,7)
Single	24 (14,1)	23 (13,5)

Widow	18 (10,6)	15 (8,8)
Separated/divorced	35 (20,6)	39 (22,9)
		p= 0.92
Per capita income in minimum wages		
None	14(8,2)	24(14,1)
< 1	136(80,0)	125(73,5)
>=1	16(9,4)	16(9,5)
	n: 166	n: 165
		p= 0.02*
Number of pregnancies		
0	20(11,8)	14 (8,2)
1	30 (17,6)	28 (16,5)
2	33 (19,4)	31 (18,2)
3	37 (21,8)	35 (20,6)
4 or +	50 (29,4)	62 (36,5)
		p= 0.64
Wishing to get pregnant?		
Yes	17(10,0)	11(6,5)
Currently pregnant	14(8,2)	13(7,6)
		p= 0.48
Smoking		
Current smoker	81(47,6)	90(52,9)
Ex-smoker	31(18,2)	33(19,4)
Never smoked	58(34,1)	47(27,6)
		p= 0.43
Alcohol intake during last 4 weeks		
At least once a week	18(10,6)	33 (19,4)
Less than once a week	152 (89,4)	137 (80,6)
		p= 0.02

Ever used a condom	147(86,5)	158(92,9)
		p= 0.05*
Knows that condoms protect against HIV/AIDS	166(97,6)	165(97,1)
		p= 0.19

* Possible confounding factors selected for the multivariable analyses.

Table 2 – Description of the sample of HIV positive women attending the clinic, according to sexual behaviors and drug use.

Variable	Control(%) (n = 170)	Intervention(%) (n = 170)
Age at first intercourse (years)		
<15	50(29,4)	66(38,8)
15-17	63(37,1)	77(45,3)
18-21	44(25,9)	21(12,4)
>21	13(7,6)	6(3,5)
		p= 0.002*
Lifetime number of sex partners		
1	21(12,4)	12(7,1)
2	35(20,6)	30(17,6)
3-5	61(35,9)	60(35,3)
6-9	18 (10,6)	19 (11,2)
>=10	16(9,4)	27 (15,9)
Too many to remember	19(11,2)	22(13,0)
		p= 0.43
Use of injectable drugs in previous year		
	4(2,4)	8(4,7)
		p= 0.24
Received payment for sex in previous year		
	5(2,9)	9(5,3)
		p= 0.28
Partner at last intercourse		
Husband or cohabiting partner	124(72,9)	121(71,2)
Regular partner	23(13,5)	26(15,3)
Occasional partner	23(13,5)	23(13,5)
		p=0.90

* Possible confounding factors selected for the multivariable analyses.

Table 3 – Doctor performance during consultations with HIV positive women, before (control group) and after training (intervention group), according to the observation of the visit.

Variable	Control(%) (n = 18)	Intervention(%) (n = 18)
Doctor mentioned the need to use condoms	8(44,4%)	18(100%) p<0.001
Doctor mentioned the need to protect others from HIV	6(33,3%)	16(88,9%) p<0.001
Doctor warned about the risk of unprotected sex with other HIV+ subjects	2(11,1%)	13(72,2%) p<0.001
Doctor advised on the need for healthy behaviors (not smoking, drinking or using drugs)	7(38,9%)	5(27,8%) p= 0.48
Doctor prescribed condoms	0(0%)	Not applied
Doctor provided a form for collecting condoms	Not applied	18(100%)
Duration of the visit in minutes		
Mean (SD)	27,72 +-10,71	35,78 +- 10,47
Mínimum	15,00	20,00
Maximum	50,00	50,00 p= 0.02

Table 4 - Number of condoms obtained by HIV positive women from the clinic pharmacy, before (control group) and after (intervention group) clinic doctors were trained.

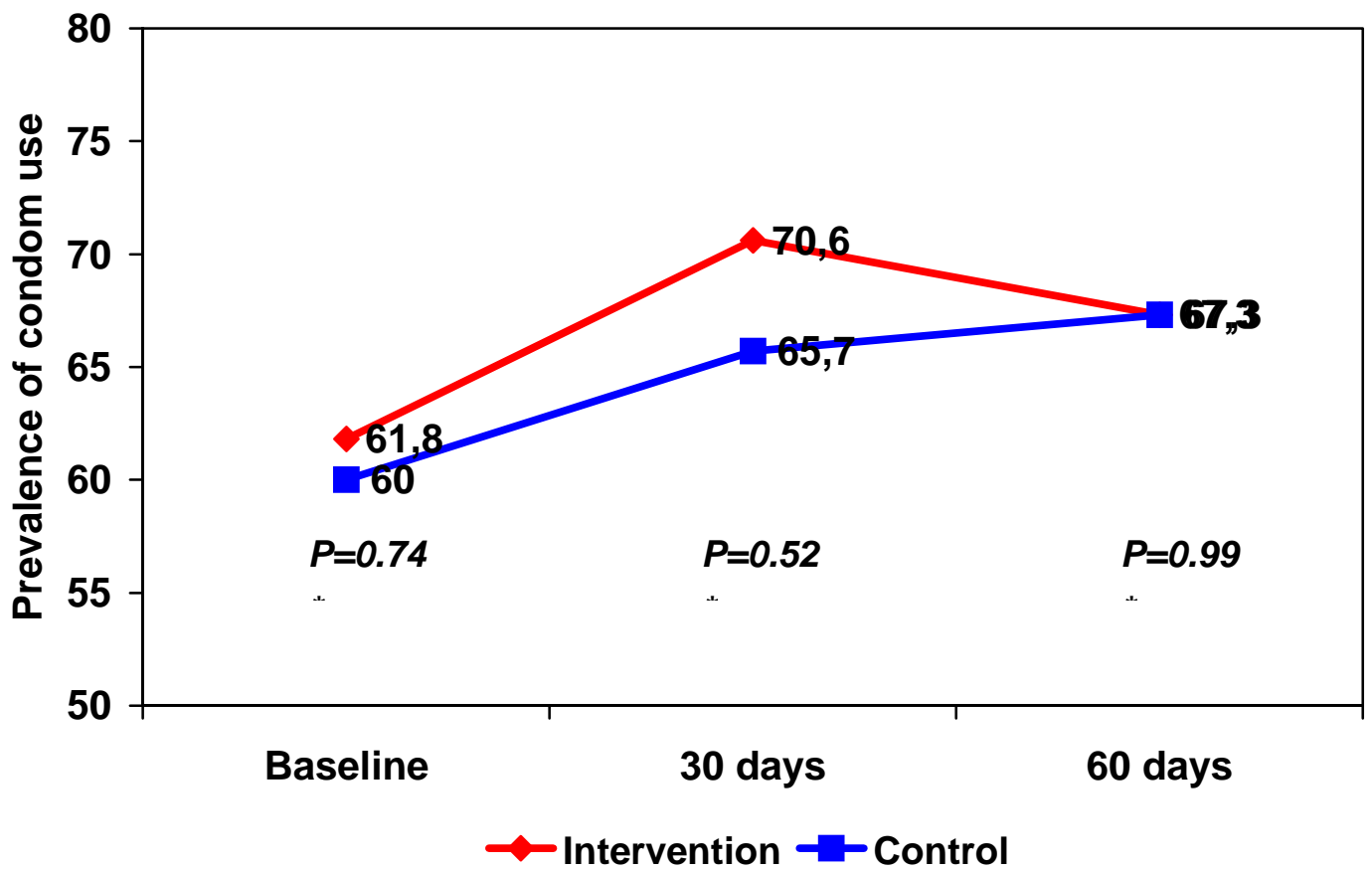
Variable	Control (%) (n = 170)	Intervention (%) (n = 170)
Number of condoms obtained in the first month after the baseline interview		
0	152 (89,4)	82 (48,2)
1-21	18 (10,6)	64 (37,6)
>= 22	(*)	24 (14,1)
	n: 170	n: 170
		<u>p < 0.001</u> **
Number of condoms obtained in the second month		
0	163 (95,9)	131 (77,1)
1-21	7 (4,1)	26 (15,3)
>= 22	(*)	13 (7,6)
	n: 170	n: 170
		<u>p < 0.001</u> **
Number of condoms obtained in the third month		
0	159 (93,5)	134 (78,8)
1-21	11 (6,5)	24 (14,1)
>= 22	(*)	12 (7,1)
	n: 170	n: 170
		<u>p < 0.001</u> **
Was able to show a condom to the interviewer		
Baseline	16(9,4)	14(8,2)
	n: 170	n: 170
		p= 0.7
30 days	40(25,2)	55(38,2)
	n: 159	n: 144

		p= 0.01
60 days	41(29,7)	59(43,7)
	n: 138	n: 135
		p= 0.02

* Patients were not allowed to collect more than 21 condoms.

** T-test for the difference between the mean numbers of condoms obtained.

Figure 5 – Reported condom use among HIV positive women attending the clinic at the baseline, 30 and 60-day interviews.



** Adjusted p value for the comparison between intervention and control groups, controlling for per capita income, ever used a condom before the baseline survey, age at first intercourse and time since diagnosis.*

Anexo 1

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
001	Solomon MZ/1989 Am.J.of Public Health/Preventing AIDS and others STDs through condom Promotion: A patient education intervention	Boston- USA/1986	Estudo de intervenção em clínicas de DST-103 pacientes(18-51 anos). Metade intervenção, metade controle. Videotape(dá caracts: conhecimento, uso adequado, atitudes)+breve sessão oral após vê-lo	- Intervenção: > conhecimento, Atitude mais favorável em relação ao Cd. Mais efetivo em pessoas com menos escolaridade, que usavam menos o condom e tinham menos parceiros	. Tem razões para o uso de condom - > parte homens, negros, <30 anos, 64% com história prévia de DST - Informa bem o que foi medido
	Solomon MZ/1989 Am.J.of Public Health/Preventing AIDS and others STDs through condom Promotion: A patient education intervention	Boston- USA/1986	Estudo de intervenção em clínicas de DST-182 pacientes(18-51 anos). 89 intervenção, 93 controle. Videotape só no intervenção e ambos receberam coupons para CDd gratuitos(6)	- Intervenção retirou mais condons, além dos acima Ambos os grupos demonstraram alto nível de interesse em condons gratuitos.(importante para campanhas)	Limitações: grupo específico, não mediu mudanças no uso do Cd(relato do paciente ou proxy com Cd retirados, não acompanhou a manutenção das mudanças no tempo. - Modelo para as mulheres(Assertiva)
002	Ickovics JR/ 1994 JAMA/ Limited Effects of HIV Counseling and Testing for Women – A prospective study of behavioral and psychological consequences	Connecticut- USA/	Prospectivo +longitudinal com medidas repetidas. Entrevista no recrutamento antes do aconselhamento, 2 semanas após(logos após os resultados) e 3 meses após. 4 Clínicas comunitárias; 2 grupos: quem procurava HIV teste e aconselhamento(152) e um grupo de comparação nunca testado para HIV, pareado por clínica, idade e raça. Mediu risco sexual (atividade sexual+uso de Cd+ risco do parceiro) + variáveis psicológicas+ AIDS indicadores (caracteriza). Ambos os grupos estavam em risco	- Risco médio< nas testadas nas 3 entrevistas; para ambos não houve mudança significativa no risco sexual do baseline para o seguimento de 3 meses; para mulheres testadas pensamentos “intrusive” sobre AIDS e estimativa de chance de adquirir AIDS diminuiu após aconselhamento e teste	As consequências psicológicas e comportamentais do aconselhamento e testagem para HIV foram limitados. Inelegíveis: grávidas; US \$ 75 pelas 3 entrevistas

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
003	Boyer CB/1997 AIDS/ STD and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic: evaluation of a randomized controlled behavioral risk- reduction intervention trial	San Francisco- USA/01.1992 a 01.1993	Estudo de intervenção randomizado, duplo cego, com acompanhamentos no baseline, 3 e 5 meses/ Clinicas de DST em São Francisco. 399 pacientes de 18-35 anos, hetero em alto risco de DST (199 com intervenção em 4 sessões baseada no AIDS Risk- Reduction Model ; e 200 com aconselhamento padrão breve) . Desfechos: DST(exame e testes lab. prévios e após) e Número de relações sexuais de risco	Sem diferença na aquisição de DST; Homens: > uso de CD aos 3 meses no GI e Número médio de rel. sexuais sem Cd < no GI aos 3 meses Sem impacto no comportamento sexual entre as mulheres, apesar do GI mostrar maior conhecimento.	Boa descrição do processo de amostragem e da intervenção (cada sessão) Amostra calculada para um aumento de 20 para 40% no uso de CD Taxas de retorno 65% com 3 meses e 60% aos 5 meses Tem medidas de proxy para mudanças de comportamento Há pouca mudança em conhecimento porque já era alto no início
004	Pauw J/ 1996 AIDS/ A controlled HIV/AIDS- related health education programme in Managua, Nicaragua	Managua – Nicaragua/ 01.1991 a 04.1992	Estudo de intervenção educativa domiciliar (+ escolares e públicas) em 4 bairros, 2 mais ricos e 2 mais pobres(2 GI, 2GC), amostra randomizada de 15-45 anos, com 2160 no GI e 2271 noGC. Baseline com questionário da OMS e 6 meses depois. Os desfechos foram: conhecimento, uso relatado de Cd, nível de preocupação e auto percepção de risco. Cada visita:15-30 minutos, material+Cd; somente uma pessoa por domicílio. A auto percepção foi estudada porque pessoas com percepção de risco mudam mais comportamento.	- GI tinha + pessoas sem educação formal, demais=. No baseline desfechos eram semelhantes nos GI eGC Aumento do uso de Cd foi > nas Mulheres do GI(9 para 16%) do que no GC(9 para 11%). Conhecimento foi melhor no GI somente em alguns itens. > autopercepção De risco em mulheres noGI	Boa descrição da amostragem e intervenção; desenhado para um aumento de 50% no uso de Cd em relação a pesquisa anterior(7%) 7% foram entrevistados nas duas vezes. < conhecimento em mulheres. Sugere que intervenções na cultura latina para aumentar Cd devam ser endereçadas aos homens.

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
005	Allen S/ 1992 JAMA/ Confidencial HIV testing and condom promotion in Africa	Kigali- Rwanda/1988	Coorte prospectiva com 2 anos de seguimento(intervalos de 3-6 meses), com GC, 1458 mulheres. Intervenção: Aconselhamento(Video, conversa), testagem e distribuição de Cd e espermaticidas. Desfechos: relato de uso do Cd e espermaticida, incidência de HIV e gonococo. 26% dos parceiros sexuais foram testados(voluntários eram menos educados, mais monogâmicos, mais legalmente casados)	92% de seguimento ao 2 anos; houve aumento no uso de Cd e <s taxas de GONO e HIV no GI Quem + usou Cd antes >escolaridade, legalmente casadas, mulheres vivendo com parceiros não monogâmicos, que se percebem em risco, que conhecem alguém com Aids, ou que discutiram sobre Cd com seus parceiros. Aumentou o uso de Cd de 7 para 22% no primeiro ano. Quem mais usou: Mulheres HIV positivas, aquelas cujo parceiro havia sido testado, mulheres com relações não monogâmicas, acreditar que o Cd não era perigoso. Diminuiu taxas de soroconversão para HIV em mulheres cujos parceiros foram testados, e de GONO em HIV+ principalmente nas que usaram Cd.	Descreve bem a intervenção. Foi testada mudança secular(não foi a causa) Dá várias sugestões de avaliações. Boa para escrever introdução.
006	Beeker C/ 1998 Soc. Sci. Med./ Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS		Discute o fato de apesar de ser muito citado o “empowerment” não estar incorporado nas intervensões, o que pode refletir uma falta de consenso do seu significado, como deve ser medido e o que implica nas estratégias de intervenção, especialmente em HIV e mulheres.	Dá sugestões muito interessantes sobre o aumento do poder da mulher, mudança de estereótipos de gênero, PRESERVATIVOS FEMININOS disponíveis, etc	Muito interessante.

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
007	Rotheram-Borus MJ/2001 AJPH/Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV	EUA/1994-96	Intervenção, coorte prospectiva, 21 meses, 351 jovens HIV+ recebendo cuidados em clínicas especializadas, controle em 3 meses pós cada módulo por pessoas diferentes, com computador Módulo 1 (fique saudável): 12 sessões (comportamentos + para a saúde) Módulo 2 (aja com segurança): 11 sessões (aumentar motivos altruísticos para reduzir atos de transmissão) Entrevistas pagas, grupos pequenos, com grupos controles	Definiram 3 meses anteriores como comportamento “recente”. Em termos de história sexual foram acessados: s/risco por abstinência ou uso de condon em 100% dos contatos sexuais; número e status sorológico dos parceiros sexuais; % de atos sexuais anal e vaginal s/condon c/parceiro HIV negativo; % de parceiros c/quem a revelação da sorologia foi feita antes da relação sexual Módulo 1: > mudanças positivas em estilo de vida das mulheres do grupo intervenção Módulo 2: GI relatou < número de parceiros sexuais, < número de parceiros HIV negativos (-50%), < % de atos sexuais desprotegidos(-82%), s/ diferença significativa na revelação da sorologia 27% de perdas totais: não compareceram a nenhuma sessão	Ao menos 1/3 dos jovens continua comportamentos de transmissão após saberem-se HIV+ Tem procedimentos em um arquivo separado Refere-se a um artigo que mostra confiabilidade and validade dos auto relatos de comportamentos relacionados com HIV, o que “dispensaria” marcadores biológicos quando não disponíveis
008	MacGowan RJ/1997 AIDS/ Sex, drugs and HIV counseling and testing: a prospective study of behavior-change among metadone- maintenance clients in New England	EUA/1990-1993	Longitudinal com 5 entrevistas individuais em 12 meses; UDI; entrevistas pagas; perguntas sobre sexo anal, oral e vaginal; uso de condon; compartilhamento de seringas e práticas de limpeza no último mês. Intervenção: aconselhamento e testagem do HIV. Usaram também diagnóstico de DST para avaliação.	Redução em UDI; redução em comportamento sexual de alto risco esteve associada com teste HIV+ (menos encontros e parceiros s/condon) e duração do aconselhamento no Centro; HIV+ aumentaram o UDI; uso inconsistente de condon foi > em centros onde os condons estavam disponíveis somente sob solicitação e havia a promoção de abstinência e monogamia entre parceiros não infectados HIV+ usavam sempre condon, quase 5 vezes + que os outros; e nenhum teve diagnóstico de DST após a primeira entrevista	Centros devem promover uma variedade de comportamentos sexuais seguros e prover condons sem solicitação O conhecimento da sorologia é importante em UDI para reduzir a transmissão p/ seus parceiros negativos. Variáveis de análise: Número de parceiros sexuais s/condon; número de relações sem condon; dicotômica: uso de condon sempre X algumas vezes ou nunca

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
009	Brener ND/1995 AjoE/ Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire	EUA/ 1993	Teste/reteste de 1679 estudantes do ensino médio em 2 ocasiões com diferença de 14 dias(CDC); 1992 Questionários auto-administrados	Kappa para: IAS: 0.87 Idade de IAS<13 anos: 0.71 +ou= de 4 parceiros sexuais /vida: 0.81 = ou = 4 PS/últimos 3 meses: 0.48 Alguma gestação/vida: 0.71 Algum diagnóstico de STD: 0.20	
010	Jewett JF/1993 JAMA/Preventive health care for adults with HIV infection		Revisão na Medline para acessar o nível de evidência de várias intervenções preventivas para adultos HIV+	Evidências existentes suportam fortemente a eficácia de medidas educacionais para reduzir a transmissão do HIV e outras infecções	Refere que o fumo causa declínio de CD4 + rápido e > incidência de infecções oportunistas
011	Wilson TE/1999 AIDS/ Sexual, contraceptive and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for infection: results from the Women's Interagency HIV Study	EUA/1996	Transversal/2040 mulheres HIV+ e 516- mas em risco de infecção Dados do baseline (questionário administrado por entrevistador), com dados sobre comportamentos nos últimos 6 meses; as HIV+ tinham que conhecer seus status sorológico pelo menos há 6 meses. Entrevistas pagas: gravidez e possibilidade; número de parceiros sexuais masculinos nos últimos 6 meses; frequência média de atos sexuais(separado para anal, oral, felação e cunnilingus); Frequência do uso de condon(sempre, às vezes e nunca(idem)	HIV+ reportavam menos atividade sexual e uso de drogas que as negativas; não houveram diferenças na proporção de relato de sexo vaginal e anal, mas HIV+ reportaram menos sexo ora(2 tipos); mais HIV+ reportaram sempre usar condon no Sexo vaginal(63%X28%); uso de drogas esteve associado com uso inconsistente de condon, independente da sorologia; HIV+ que usavam Cd+outro método AC reportavam menos uso consistente de Cd ; CD4 mais baixo esteve associado com > uso consistente de condon no sexo vaginal; HIV+ > consistência no uso de condon para todos os tipos de relações. Uso consistente de Cd esteve associado com: parceiro único, HIV+, > renda e não uso de drogas ilícitas Uso de drogas associado com: falta de consistência de uso do Cd no sexo vaginal. Em HIV+ uso de Cd foi menos consistente em mulheres com < frequência de relações sexuais, mas não variou com número de parceiros sexuais, renda e número de filhos Mulheres em risco de gravidez e as que só usavam Cd: > taxas de uso consistente de Cd que as que associavam	Muitas HIV+ ainda apresentam comportamentos inseguros Fala de estudos que mostram isto em portadores e da necessidade de programas de prevenção nesta população Fala também da necessidade de controle das STD nesta popul. Dá razões para o não uso de Cd nas HIV+

				métodos e c/< risco de gestação	
RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
012	Murdaugh C/2000 J Adv Nurs/ Using focus groups to develop a culturally sensitive intervention for HIV-positive women	EUA/1998	Grupos focais para desenvolver uma intervenção em vídeo para educar mulheres HIV+ sobre gravidez e uso de ARV/31 mulheres HIV+ em idade fértil	Fala da metodologia dos grupos; questões levantadas e do vídeo que foi feito a partir dos resultados e sugestões dos grupos e está sendo utilizado em um estudo de intervenção. Ex: a > parte das mulheres obtinha informações de um profissional de saúde; era importante informação vinda de alguém que vivia com HIV ou estava bem atualizado; o vídeo devia mostrar mulheres HIV+ semelhantes a elas e mostrara aspectos + e - ;	Objetiva melhorar o impacto das intervenções ; fala das vantagens dos grupos focais; fala de trabalhos que já demonstraram que intervenções com vídeo aumentaram aderência a práticas sexuais mais seguras; fala de um trabalho que demonstrou que decisões reprodutivas não são influenciadas pela infecção pelo HIV, mas pela saúde da mulher e pelo risco de transmissão vertical.
013	Schultz JR/2001 Haemophilia/ Developing theory- based risk- reduction interventions for HIV positive young people wwith haemophilia	EUA/?	Desenvolvimento de intervenção para esta população através de 2 teorias de mudanças comportamentais na tentativa de diminuir o espaço entre pesquisa e prática em relação a mudanças de comportamento: TTMofBC (mudanças de comportamento ocorrem por estágiosde adoção ao invés de um único salto; inclui também conhecimento com balanço do pró e contas e auto-eficácia) e TofRA (as ações são baseadas nas intenções, que são determinadas pelas atitudes individuais em relação ao comportamento e suas percepções da pressão social para adotá-lo ou não)/ 59 jovens de 13-23 anos representando diversos centros de tratamento de hemofílicos	Intervenção desenhada para aumentar: abstinência; relações sem penetração de baixo risco e uso consistente do preservativo. Mostra as fases: de desenvolvimento (revisão bibliográfica; entrevistas estimuladas; questionário de avaliação (obs: estágio de manutenção foi definido como ter usado condom em todas as relações pelo menos nos últimos 6 meses) ; pesquisa nos centros; revisão de materiais existentes para prevenção. Intervenção: 4 encontros de formas variadas, atualmente em teste e avaliação. Obs: muitas instituições tem com regra que uso de dinheiro em situações que envolvem não só informações mas também tratamento são impróprias	Fala sobre o desafio da mudança de comportamento, particularmente do sexual; menciona estudos que mostram que o conhecimento somente não é suficiente para mudar comportamento; que jovens hemofílicos HIV+ embora tenham grande conhecimento, não se traduz na adoção consistente de comportamentos sexuais seguros

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
014	Shepherd J/1999 Health Educ Res/ Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer		Revisão Cochrane para determinar efetividade de intervenções para aumentar uso de condons, abstinência, diminuir parceiros e estratégias para negociar sexo seguro/ 10 estudos preencheram os critérios	Intervenções educacionais endereçadas a mulheres em desvantagem econômica e social, com informações complementadas por instrumentos de negociação sexual podem encorajar redução de comportamentos sexuais de risco, ao menos em curto prazo (3 meses) >: discussão em grupos com dramatizações, vídeos, etc Em pelo menos 3 estudos houve aumento de 25% de ocasiões em que o preservativo foi usado; as intervenções foram menos efetivas em relações com parceiros principais do que ocasionais Seguimento médio dos estudos entre 3 e 6 meses pós intervenção; sugere que seriam necessários reforços sistemáticos para a manutenção do comportamento(impacto a longo prazo somente com avaliação por pelo menos 2 anos. Intervenções de sucesso seriam as baseadas em modelos de comportamentos psicossociais; com atenção à questões de gênero na negociação de sexo seguro; empregam pares e usam sessões de intervenções múltiplas	Preservativo usado corretamente e consistentemente reduz em 70- 100% o risco de transmissão de uma DST Desfechos: condom, HIV, sífilis, hepatite B Alguns estudos mediram o % de relações em que usou condom Intervenções só educacionais funcionaram em alguns estudos, embora menos que as outras; incluir na educação o risco de Ca de colo e planejamento familiar além das DST; estudos difíceis de randomizar; fala em viés de publicação; tem resumos dos estudos incluídos e descartados
015	Stevens PE/1995 Health Care for Women International/ Impact of HIV/AIDS on women in the United States: challenges of primary and secondary prevention	EUA	Análise do impacto da AIDS entre mulheres americanas e colocação de desafios para prevenção primária e secundária, através de dados oficiais e revisão bibliográfica+opinião Fala da necessidade de mais estudos sobre a evolução da doença entre as mulheres, efeitos dos ARV e melhora do atendimento. Fala da iniquidade entre homens e mulheres nos EUA em relação a vários aspectos da epidemia.	Mulheres com AIDS tem < tempo de sobrevivência do que os homens(biológico? Desigualdade no cuidado?); são + empobrecidas que os homens HIV+. Fala do amplo espectro de possibilidades de contaminação entre mulheres: prostituição, UDI (+ difícil acesso), parceiro fixo, etc. Mulheres que usaram bebidas e/ou drogas e seus parceiros usam menos preservativos, tem menos controle sobre sua parceria sexual e lembram menos que tipo de atividades sexuais ocorreram. Fala de questões de gênero(< poder); de como as mensagens de prevenção podem ser mal interpretadas e quais os principais impecilhos para a adoção de medidas de prevenção como diminuir parceiros, uso de condom, negociar ; fala da necessidade de métodos preventivos sob controle da mulher; intervenções melhores quando feitas por iguais.	Prevenção secundária: a maneira como a gestação afeta o curso da doença não está bem estabelecida mas parece ser mais provável de causar efeitos adversos em mulheres com doença avançada; gestar parece ser uma maneira de deixar algo de si após a morte; efeitos adversos a longo prazo para a mãe e a criança do uso dos ARV na gestação ainda não são conhecidos. Tem medo de revelar o status sorológico por: discriminação, perda do

					emprego, perda dos filhos, etc
RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
016	Goodrich J /1998 Health Education Research/ Using condon data to assess the impact of HIV/AIDS preventive interventions		Revisão(+ GB) Formas de acesso: 1)relato (pesquisas comportamentais); problemas: viés de relato(dizer o que é desejado) e viés de memória(acaba-se vendo só relação mais recente e não uso constante(solução acessar uso consistente, esporádico e nunca) 2) Vendas de condom 3) Dados do serviço: clínicas de planejamento familiar	Mostra formas de acessar o desfecho (indicador) uso de condom para medir impacto de intervenções em prevenção de DST/HIV: possíveis fontes, validade dos dados, problemas de interpretação. Sugere que o uso de um indicador múltiplo seria o ideal. Todas as fontes tem problemas de validade(o quanto mede o que queremos medir) e generalização(o quanto os padrões são típicos para a população como um todo). O aumento do uso de condom tem sido visto como como um sinal positivo do impacto de educação pública em HIV/AIDS Aumentou o uso mas muitas vezes não é com o objetivo de prevenir HIV e sim gestação(> parte na GB 95).	Estimular uso de condom parece ser + efetivo do que diminuir o número de parceiros; educações em saúde mais possíveis de serem adotadas são as que aconselham ações + fáceis de serem postas em prática.
017	De Rosa CJ/1998 Health Psychology/ Preventive Counseling of HIV-positive Men and Self- Disclosure of serostatus to Sex Partners: New Opportunities for Prevention	EUA/1992- 1993	Transversal, com pacientes masculinos com diagnóstico de HIV+ há mais de 2 meses, atendidos em clínicas; questionário auto- aplicado e anônimo; sobre o comportamento sexual nos últimos 2 meses(até com 10 parceiros)	Homens com relato de terem sido aconselhados no pós teste e na clínica para revelar seus status sorológico aos parceiros o fizeram + que os somente aconselhados em um dos locais ou não aconselhados; houve também aumento de acordo com o número de aconselhamentos; Isto ocorreu para parceiros HIV- mas não para + ou desconhecidos; revelação esteve associada com práticas sexuais mais seguras (significante somente para parceiros com sorologia negativa, talvez pelo pequeno número de parceiros com sorologia desconhecida e por serem mais ocasionais); Ter múltiplos parceiros reduz a chance de informar qualquer um deles Importante a inclusão do aconselhamento sobre revelação em programas de prevenção para pacientes HIV; porém é possível que enfatizar a importância de prevenir infecção em outros tenha efeito maior em indivíduos emocionalmente envolvidos com seus parceiros.	70% dos HIV(EUA 1994) eram sexualmente ativos após o diagnóstico; mais da metade dos parceiros sexuais não era informado do risco. Esconder o status do parceiro pode aumentar a chance de sexo inseguro e a transmissão da doença(barreira para a comunicação honesta sobre risco e para a negociação de comportamentos sexuais mais seguros); parceiros não informados que se infectam podem contaminar outros (cadeia perpetuada)

				Interessante para sugestões do questionário	
RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
018	Zenilman JM/1995 Sex Transm Dis/ Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use	EUA/	Coorte prospectiva, com pessoas(H e M) recrutadas em clínicas de DST em Baltimore; 598 pessoas. Objetivo: validar o auto-relato do uso de preservativo em uma população urbana de alto risco para DST/HIV	Iniciais: 21% uso de preservativos sempre, 21% ocasional e 59% nunca usaram(30 dias) # meses: 21% com uma DST incidente; 15% dos homens que sempre usavam preservativo tinham DST incidente comparado com 15,3% dos que nunca usavam; 23,5% das mulheres que sempre usavam tiveram DST comparado com 26,8% que nunca usaram. Nesta população, o auto-relato do uso de preservativo não está associado com < transmissão de DST(incidência), o que sugere que este auto-relato, mesmo em um campo de pesquisa, pode estar sujeito a um viés de relato substancial	Estudos de comportamento sexual e intervenções para diminuição da transmissão do HIV geralmente dependem do auto-relato. Acessou eventos sexuais e uso de preservativos nos últimos 30 dias+fatores de risco+história de DST+exame 3 meses depois: mesmo procedimento(DST incidente: gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase)
019	Wheat ME/1993 Am J Prev Med/ Preventing HIV transmission: behavior and attitudes of Medical House staff in a high- prevalence area	EUA	Transversal, para 86 médicos residentes de primeiro e terceiro ano, com questionário auto-aplicado. Objetivo: avaliar a investigação e aconselhamento de fatores de risco para HIV por residentes e avaliar o efeito de questões abertas X fechadas no relato dos médicos.	Houve relato menos freqüente de pesquisa de comportamento sexual(51%) e UDI(81%) do que de fumo(95%) ou uso de álcool(94%). Aconselhamento para reduzir risco de adquirir o HIV ocorreu ainda menos freqüentemente(41%); sendo maior em UDI quanto ao uso de seringas mas não quanto ao risco sexual Os que responderam a perguntas fechadas relataram mais atos; houve > desconforto em falar sobre sexo de que uso de drogas; este foi inversamente proporcional a tomada da história sexual > investigação e aconselhamento esteve associada com > envolvimento com pacientes HIV+ e < percepção de barreiras para o aconselhamento.	Sugere que melhorara este quadro requer intervenções que aumentem o envolvimento com HIV+; ênfatem a importância da transmissão sexual em UDI; facilitem a competência na discussão do comportamento sexual; e focalizem a crença dos médicos que UDI não mudarão seus comportamentos de risco.

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
020	King-Spooner S/ 1999 AIDS/ HIV prevention and the positive population		Revisão Tenta demonstrar que endereçar esforços preventivos para HIV+ ao invés de negativos pode ser mais efetivo por: 1) > efeito na disseminação da epidemia (+ custo-efetiva); 2) HIV+ já demonstram um grau de altruísmo preventivo, geralmente maior que os esforços de auto-proteção dos HIV-; 3) Existem razões para supor que este altruísmo pode ser reforçado por intervenções apropriadas	1) Uma mudança no comportamento de risco de um indivíduo HIV+ vai , em média, e em quase todas as populações afetadas, demonstrar um efeito maior na disseminação do vírus que uma mudança equivalente de uma pessoa negativa; o tamanho desta diferença depende da prevalência do vírus na população(ocorre se prevalência é < que 50% e é > quanto < a prevalência). Ex: Prev 20%: impacto 4x >; 10%: 9x; 5%: 19x. 2) A razão principal para um HIV+ adotar práticas de prevenção é a preocupação de não passar o vírus; mais do que: evitar contaminação por novas cepas e outras infecções, pressão de um parceiro-; o que é demonstrado pelo pelo relativamente baixo uso de condom em duplas soroconcordantes e pela geralmente > segurança sexual em positivos que negativos no contato com parceiros de status sorológico desconhecido. Na > parte dos estudos os HIV+ fazem + que os negativos para evitar transmissão; os piores resultados foram com UDI e jovens HSH Dúvidas: só os HIV+ mais responsáveis tomam parte dos estudos ou são testados mais precocemente?; HIV+ confessam menos comportamentos inseguros? Estudos mostram que existe uma redução de DST no período pós teste nos + mas não nos -. A proteção nos sorodiscordantes vem do altruísmo do + ou da auto- proteção do -? Se retirarmos estes casos ainda assim os + se protegem +. 3) Intervenções com soropositivos parecem ser efetivas embora sejam poucas comparadas com as endereçadas aos negativos. Dois tipos de técnicas: melhorar a qualidade de vida (comportamentos de risco ocorrem mais em associação com stress, baixa auto-estima, insatisfação conjugal e problemas com álcool e drogas) ; e promotoras de reflexão sobre sua conduta e suas conseqüências (efetivo ao menos em sorodiscordantes) . Evitar imposições ou julgamentos éticos e morais;	Existem pouquíssimas intervenções preventivas destinadas aos HIV+ Sugere um plano para prevenção: promover a testagem; identificar parcerias e testá-las; aconselhamento pós teste e reforçar contato com os +; explorar impedimentos para comportamentos mais seguros; melhorar sua qualidade de vida; intervenções educacionais no caso de persistência de comportamentos inseguros; intervenções cognitivas quando factíveis. Países pobres: inclusive auxílios econômicos podem ser pensados em que se prostitui e é portador para que abandone esta atividade (custo-benefício); pensar em alternativas + simples, baratas e efetivas.

--	--	--	--	--	--

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
021	Rotheram-Borus MJ/1998 AIDS CARE/ Secondary prevention for youths living with HIV	EUA	Descreve uma intervenção para adolescentes HIV+, em 3 módulos, com 8-12 sessões de pequenos grupos cada, num total de 30 sessões em 18 meses de intervenção. Prévio: estudo etnográfico e piloto. Módulo I: permanecer saudável(adesão ao tratamento); II: reduzir uso de drogas e risco sexual(apelo ao altruísmo); III: melhorar qualidade de vida. Tem uma descrição breve dos módulos. No módulo II em relação ao sexo seguro 5 sessões: objetivos de reduzir transmissão, reinfecção e gestações indesejadas	Apenas cita os do módulo I: Baseline: 46% de uso consistente de condom; após intervenção: 67%.	Cita: muitos adultos não mudam seus comportamentos de risco após saberem-se HIV+; idem adolescentes, resultando em aquisição de DST, gestações indesejadas e hepatites. Intervenções: reduzir transmissão e melhorara qualidade de vida dos infectados. Fala das implicações de discriminação e isolamento social ao HIV+ quando ele revela seus status.
022	Lyketsos CG/1997 Psychosomatics/ The Effectiveness of Psychiatric Treatment for HIV- Infected Patients	EUA/1991- 1992	Coorte, com 126 pacientes HIV+ referidos para avaliação e tratamento psiquiátrico, em um ambulatório de atendimento a pacientes HIV +. Usado um desfecho global(alívio dos sintomas, funcionamento e comportamentos de risco) e uma medida de abstinência de álcool e drogas.	Seguimento médio: 14 meses 50% dos pacientes melhoraram(19% substancial); abstinência foi conseguida em 48% do tempo (relato e screening urinário); preditores primários de bons desfechos: boa adesão ao tratamento e ausência de UDI. Tratamento psiquiátrico de HIV+ é efetivo quando realizado no local de atendimento primário e administrado por uma equipe multidisciplinar sobre a direção de um psiquiatra. Obs: estudo não cego e a medida do desfecho foi dada pelo mesmo profissional que realizou a intervenção.	Pacientes HIV+ tem altas taxas de desordens psiquiátricas(abuso de substâncias, desordens de humor, ansiedade e personalidade).

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
023	O'Campo P/1999 Journal of Community Health/ Distribution along a stages-of- behavioral change continuum for condom and contraceptive use among women accessed in different settings	EUA/1993- 1994	<p>Transversal, examinando a disponibilidade para usar condons e anticoncepção em 3784 mulheres em 4 cidades em 3 diferentes tipos de locais: comunidade, clínicas gerais e clínicas para HIV+.</p> <p>Incluídas somente mulheres com parceiro sexual nos últimos 6 meses; na análise dos contraceptivos excluídas mulheres esterilizadas, com intenção de engravidar e gestantes.</p> <p>Objetivo: determinar diferenças que devem ser consideradas no delineamento de intervenções. Utilizado o Modelo Transteorético de Mudança de Comportamento, que conceitualiza o processo de mudança de comportamento em 5 estágios de “prontidão” para mudança de comportamentos de alto risco. O modelo também identifica fatores que podem influenciar o movimento de um estágio para o outro. O estágio determina o processo que deve ser mais bem sucedido em determinar mudança.</p> <p>3 desfechos: uso de condom com o parceiro principal(marido ou parceiro fixo); uso de condom com não principal ou outro(s) parceiro(s); uso de contraceptivo com qualquer parceiro. Avaliada a consistência de uso de condom e contraceptivo e sua intenção de uso dos 2 em cada relação em longo(6 meses) e curto(30 dias) prazo.</p>	<p>Uma > proporção de mulheres em clínicas de HIV+ tinham usado condon consistentemente nos últimos 6 meses(45%; outros locais: 12 e 11%); também encontradas diferenças em relação ao uso de contraceptivos. Clínicas de HIV tinham uma proporção substancialmente > de mulheres nos estágios 4 e 5(57%) do que nas gerais(19%) e comunidade(16%) para uso de Cd com parceiro principal; sem diferenças com outros parceiros.</p> <p>➤ proporção de mulheres no estágio 5 para Ac na comunidade(50%) e clínicas de HIV(54%) que nas gerais(28%).</p> <p>Em todos os locais > proporção de mulheres estavam no estágio 1 para uso de Cd com parceiro principal comparado com uso com outro parceiro.</p> <p>Intervenções devem ser dirigidas conforme o estágio: aumentar a consciência das mulheres sobre seu risco é a estratégia mais efetiva para influenciar mudança de estágio nos estágios iniciais (I e II); estratégias comportamentais como recompensar comportamentos de saúde desejados são mais efetivas para manter práticas de redução de risco como o uso de Cd(estágios 4 e 5): reforçar intenções existentes; dar suporte ao comportamento atual, aumentar comunicação e outras ferramentas para promover uso consistente por longo tempo de Cd e Ac e para prevenir recaídas para estágios mais precoces.</p>	<p>Classificação segundo o modelo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pré-contemplação: não intenção de uso de Cd/Ac consistentemente; 2) Contemplação: intenção de iniciar o uso de Cd/AC consistentemente dentro dos próximos 6 meses); 3) Preparação ou pronto para ação: intenção de iniciar o uso de Cd/AC consistentemente dentro dos próximos 30 dias ou mais cedo, e pelo menos algum uso atual; 4) Ação: uso de Cd/Ac consistentemente por menos de 6 meses; 5) Manutenção: uso de Cd/AC consistentemente por pelo menos 6 meses. <p>Uso consistente: uso de Cd/AC EM TODA RELAÇÃO SEXUAL VAGINAL.</p>

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
024	Osmond DH/1999 Ann Intern Med/ Name-based surveillance and public health interventions for persons whit HIV infection	EUA/ 1995-1996	Transversal. Compara a notificação anônima e nominal da infecção pelo HIV em estados americanos.	Não houve diferença em relação ao tempo de procura por assistência médica; número de parceiros sexuais e de seringas notificados. A notificação nominal não pareceu ser uma barreira para a procura de assistência.	A notificação nominal permite encontrar duplicatas de registro.
025	Pavia AT/1993 Am J Public Health/ Partner notification for control of HIV: results after 2 years of a statewide program in Utah	EUA/ 1988-1990	Todas as pessoas notificadas como HIV + por 2 anos(308) foram entrevistadas e perguntadas sobre seus parceiros sexuais e em seringas nos últimos 5 anos ou após a data da infecção pelo HIV se conhecida. Existia a opção da pessoa notificar ou a equipe de saúde(identidade do paciente não revelada).	79% cooperaram; nomearam 890 parceiros; 70% foram localizados; 34% já sabiam ser HIV+. Dos 279 testados pela primeira vez, 14% eram HIV +. Um quinto dos pacientes recusaram a nomear parceiros. UDI foram mais cooperativos que outros grupos de risco e nomearam mais parceiros; mulheres e pessoas que escolheram o teste confidencial(não anônimo) cooperaram mais e nomearam mais parceiros.	A notificação de parceiros identifica um grupo com alta soroprevalência do HIV com grande potencial na prvenção ; é mais bem sucedida entre populações que podem ser difíceis de atingir com outras intervenções.
026	Pickering H/1993 AIDS/ The effects of post-test counselling of condom use among prostitutes in The Gambia	Gambia/1989-1990	Coorte com 31 prostitutas; 12 HIV+ e 19 HIV-. Era feito aconselhamento pós-teste e distribuição gratuita de preservativos. Baseline, 1 mês e 2-5 meses após o aconselhamento.	Em média o aconselhamento não teve efeito no uso de preservativos. Baseline: HIV+ relatavam uso de Cd em 89,3% das suas relações. Antes do aconselhamento 74% das prostitutas usavam Cd em 90% das relações; em 1 mês: 69%; 2-5 meses: 36%.	A taxa de uso já era alta o que pode ter deixado pouco espaço para aumento; outras variáveis não foram controladas como o uso abusivo de álcool. Quando recursos são escassos, pode ser mais aconselhável o gasto com o fornecimento de preservativos em locais de prostituição que em aconselhamento individual.
027	Belanger D/2000 Revue Canadienne de Santé Publique/ Drogues, pauvreté et VIH: données en provenance du programme d'échange de seringues Point de Repères,	Canadá	200 UDI participantes do programa de troca de seringas divididos em > 2 anos de programa e <=2 anos.	Os > 2 anos: recebiam + seguro especialmente os HIV positivos; tentavam mais freqüentemente parar com as drogas; recomendavam + o programa para outros UDI; requisitavam + abrigo. Isto mostra a necessidade urgente de providenciar serviços de suporte e	Colhe variáveis como: tipo de moradia (quarto, casa); com quem vive (só, com pais); renda: prostituição; seguro social; dormir na prisão; DST como hepatite; contatos sexuais nos últimos 6 meses: penetração sempre com Cd e contato oral sempre com Cd de parceiros regulares e

	Québec			transicionais após os 2 anos.	ocasionais
RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
028	DiFranceisco W/1999 AIDS Education and Prevention/ Factors Influencing Attitudes Within AIDS Service Organizations Toward the Use of Research- Based HIV Prevention Interventions		77 serviços para tratamento de pacientes com AIDS. Pesquisou fatores que influenciam atitudes de diretores de programas preventivos e equipe de atendimento em relação a intervenções baseadas em pesquisas.	Percepções positivas uniformes dos benefícios entre serviços de diferentes tamanhos e experiência organizacional, embora os diretores tenham tido uma avaliação mais favorável que a equipe de frente. Respondentes de organizações maiores, tenham previamente participado de grupos de trabalho para intervenções, ou receberam assistência técnica externa no passado expressaram > confiança na sua habilidade de implementar intervenções. Por outro lado, indivíduos mais velhos e com maior nível de educação tinham menos confiança na habilidade da sua organização de implementar o modelo. As barreiras + citadas pelos respondentes foram recursos como dinheiro, pessoas e tempo. Em média maior papel organizacional e maior tempo na organização estavam associados com percepção de mais barreiras para adoção de intervenções baseadas em estudos científicos.	Embora a eficácia de grupos pequenos e intervenções para redução de risco baseadas em princípios comportamentais cognitivos tenha sido amplamente documentada na literatura, a disseminação bem sucedida de modelos de prevenção do HIV da pesquisa para os serviços vai requerer mecanismos de fornecimento de recursos e assistência técnica, particularmente em pequenos serviços. Pesquisadores podem facilitar este processo tentando desenvolver intervenções que consumam menos recursos e tempo que os modelos atuais.
029	Stein A/1993 Am J Public Health/ The Behavioral Risk Factor Surveillance System questionnaire: its reliability in a statewide sample	EUA/ 1992	Entrevistas por telefone com uma amostra de 122 adultos e uma amostra separada de 200 adultos negros e hispânicos; duas entrevistas com intervalo entre 21 e 44 dias. Objetivo: avaliar a confiabilidade do questionário BRFSS (repetibilidade individual em teste-reteste).	Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição de fatores demográficos e de risco entre as duas entrevistas. Kappa para fatores de risco foi geralmente maior de 0.70. Os achados suportam o uso para vigilância e pesquisa.	Na primeira entrevista as pessoas não eram informadas que seriam contatadas novamente. Variáveis: idade, sexo, educação, estado civil, emprego, renda, raça e vários fatores de risco(neste ano sem fatores de risco sexual).

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
030	Mercey D/1996 Genitourin Med/Uptake of Medical interventions in women with HIV infection in Britain and Ireland	Britain and Ireland/199 2-1994	Transversal, prospectivo de 400 mulheres atendidas em clínicas de DST/HIV (13% das mulheres HIV+ nestes países) . Dados obtidos de questionários aplicados por médicos e enfermeiros, revisão de prontuários e arquivos laboratoriais	Uma proporção substancial de mulheres HIV+ não recebeu intervenções de benefício comprovado e sua participação em ensaios clínicos foi muito incomum e as razões para isto devem ser investigadas. Não foi possível distinguir entre uma falha de oferecimento e uma recusa da paciente; no entanto 20% das mulheres não recebeu os exames + comuns para o diagnóstico de AIDS.	32% não haviam realizado CP no último ano. Não houve diferenças nas intervenções em relação à raça e modo de contaminação. Os achados podem indicar que os problemas médicos não são uma prioridade para as mulheres infectadas. Barreiras das pacientes e/ou o trabalho dos profissionais de saúde devem ser investigados.
031	Wainberg MA/1998 JAMA/ Public Health Implications of Antiretroviral Therapy and HIV Drug Resistance		Revisão	Transmissão de cepas resistentes foi relatada por contato heterossexual; existe a possibilidade de esquemas combinados para a prevenção da transmissão vertical apesar de reduzirem o risco podem potencialmente selecionar cepas resistente que podem ser transmitidas ao RN no momento do parto; a transmissão perinatal pode ocorrer com um relativo pequeno número de partículas virais e as formas resistentes podem ser menos infectantes que as cepas selvagens(isto também parece ocorrer em outras formas de transmissão); mesmo em pacientes aderentes ao tratamento a possibilidade de que ocorra um nível muito pequeno de replicação viral em compartimentos selecionados não pode ser excluída; alguns artigos demonstraram uma correlação geral entre níveis sanguíneos do HIV e níveis no plasma e fluidos genitais; outros no entanto descreveram pacientes com níveis desproporcionalmente mais altos no sêmen e secreções cervicovaginais quando comparados	; isto é mais freqüente em mulheres imunodeprimidas e portadoras de outras DST(incluindo gono e clamídia); idem para homens; também aumenta o HIV em secreções cervico-vaginais de mulheres com deficiência de vitamina A e usuárias de anticoncepção hormonal; padrões diferentes de resistência viral foram encontrados no sangue e secreções genitais, com a presença nestas de cepas resistentes não identificadas no plasma; lembra que níveis indetectáveis do RNA viral não provam que um paciente esteja não infectante; o papel da terapia ARV na redução da transmissão sexual e por compartilhamento de seringas ainda necessita ser demonstrada em estudos controlados; a melhora da saúde e a redução da carga viral pode levar a uma sensação de diminuição da necessidade de práticas seguras.

				com o plasma;.	
--	--	--	--	----------------	--

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
032	Sloboda Z/1998 Public Health Reports/ What we have learned from research about the prevention of HIV transmission among drug abusers		Sumário de um Simpósio sobre o tema realizado nos EUA em 1997 (36 estudos revisados). 10 princípios foram considerados: uso de drogas na intervenção; alvos principais em comportamento e atitudes; técnicas recomendadas para reforçar conhecimento, ferramentas e atitudes aprendidas durante a intervenção.	A primeira geração de pesquisas para medir o impacto de várias destas intervensões mostrou achados favoráveis consistentes, provando que usuários de drogas podem ser ajudados a mudar seu comportamento de risco no uso de drogas e, numa menor extensão, seus comportamentos sexuais de risco. Fala da necessidade de repassar estes dados para a prática na comunidade. Duração do tratamento é associada positivamente com resultados positivos; necessidade de sessões de manutenção; necessidade de atingir a comunidade em que está engajada a pessoa; necessidade de intervenções específicas para mulheres; uso de líderes dentro de uma rede de usuários para aplicar a intervenção; uso de múltiplas intervenções; mostra princípios já estabelecidos pelas atuais intervenções e o que necessita ser visto nas próximas.	Componente da intervenção; dose resposta; manter a mudança de comportamento(é claro que algum tipo de manutenção para manter as mudanças e estimular outras deve ser aplicada); medir a relação entre autopercepção de risco e mudança de comportamento; relação entre atitudes em relação a comportamentos de risco e mudança de comportamento(modelos); respostas diferentes por gênero; processo de decisão para entrar ou não em comportamentos de risco(o risco não é igual para todos); repensar o tratamento; integrar a prevenção do HIV com instituições de saúde e serviço social; relação com outros desfechos como hepatites Metodologia: seguimento(3-12 meses); maioria dos estudos só tem um seguimento, indivíduos que abandonam são mais prováveis de se envolver em comportamentos de risco(aumentar contatos com nomes de parentes, amigos, etc) ; medidas de risco e de mudanças(não houve padronização ; diferença entre significância clínica e estatística na mudança de comportamento(diminuição da contaminação pelo HIV); fidelidade na implementação; design(padão: randomizado, nem sempre possível) Ímportante tornar os achados mais fáceis de implementar na prática

RÓTULO	AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL/ ANO DO ESTUDO	DELINEAMENTO DO ESTUDO/ AMOSTRA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
033	Konings E/ 1995 AIDS/ Validating population surveys for the measurement of HIV/AIDS prevention indicators	Uganda/1993	Estudo de validação do protocolo da OMS para medir HIV/DST indicadores de prevenção(520 pessoas, incluindo um grupo especial de 60 prostitutas conhecidas). Usado os modelos longo(25-30 min) e curto(10-15 min) de entrevista, comparados com uma entrevista aprofundada(1,5 h) realizada por antropólogo.	As 3 estratégias resultaram em resultados similares para dados demográficos; Os 2 tipos de questionários estruturados tiveram resultados similares em relação ao número de parceiros relatados e a prevalência de uso de preservativo, mas diferiram da entrevista aprofundada nestes aspectos. O alto número de parceiros sexuais casuais de prostitutas foi confirmado pela última, mas não pelas outras. O questionário longo parece ser o mais indicado, pelo desconforto dos entrevistadores com o curto(direto em questões sexuais); e porque o valor obtido nele é consistentemente intermediário dos obtidos com os outros 2 métodos, parecendo ser o instrumento mais robusto para monitorar tendências na população em geral	O questionário GPA(Global Programme on AIDS) pode não ser ótimo para identificar pessoas de alto risco e para acessar comportamento sexual, especialmente de pessoas de alto risco. No entanto, este questionário fornece a opção mais realística, pois as entrevistas aprofundadas são caras e não tão objetivas para informar tendências ao longo do tempo.
034	Turner CF/2002 Jama/Untreated Gonococcal and Chlamydial Infection in a Probability Sample of Adults	EUA/ 1997-1998	Estudo transversal de base populacional, realizado em domicílio, com uma população de 728 adultos entre 18 e 35 anos; com coleta de urina para LCR(Abbot). Respondentes recebiam de 10 a 20 dólares ao final da entrevista e mais 10 a 20 após a coleta de urina.	5,3%: gono não tratada; 3%: clamídia não tratada; 7,9% da população tem os dois(> em mulheres negras: 15%). Poucas pessoas com infecções não tratadas referiram disúria ou secreção durante os 6 meses anteriores ao teste. O número estimado destas DST nesta população se aproxima ou excede o número de infecções que são diagnosticadas e tratadas anualmente	Estas DST servem como cofatores biológicos que facilitam a transmissão do HIV. Ex: infecções por clamídia não tratada aumentam a chance de adquirir HIV entre 1.4 a 3.3 Uma grande parte são assintomáticas.

Anexo 2

Cartão 1: O que é o HIV/AIDS

- ❑ O vírus da Imunodeficiência Humana(HIV) é o vírus que causa a AIDS ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ❑ O HIV é encontrado em certos fluidos corporais(sangue, sêmen, fluidos vaginais e leite materno) e pode ser transmitido de uma pessoa para a outra através do contato com sangue e outros fluidos corporais; por exemplo, durante o uso de drogas injetáveis e contato sexual desprotegido.
- ❑ O HIV/AIDS pode destruir a habilidade do corpo de lutar contra infecções e pode levar a um grupo de doenças conhecidas como “infecções oportunistas” e outras doenças graves.
- ❑ Uma pessoa que tenha um teste positivo para HIV é infectada com o vírus e pode infectar outras pessoas
- ❑ Uma pessoa com teste positivo para HIV pode não ter sintomas de AIDS. Estes sintomas podem não aparecer por 5 a 10 anos.
- ❑ Os parceiros sexuais ou de “picadas”, ou crianças filhas de pessoas soropositivas podem também estar infectadas.
- ❑ Uma pessoa soropositiva não deve doar ou vender sangue; uma pessoa soropositiva deve procurar e receber cuidado médico regular.
- ❑ Uma mulher soropositiva pode transmitir o vírus para seu bebê se estiver grávida ou amamentando. Terapias e leite em pó estão disponíveis e são recomendadas.
- ❑ Tratamento medicamentoso precoce pode prevenir a passagem do vírus da mãe para o feto.
- ❑ Uma pessoa soropositiva não deve nunca trocar fluidos corporais durante o sexo(vaginal, oral ou anal). Deve usar sempre um preservativo masculino ou feminino.

Cartão 2: Fatos sobre a transmissão do HIV, HBV e HCV

- ❑ HIV(o vírus da AIDS), o vírus da Hepatite B(HBV) e da hepatite C(HCV) estão presentes no sêmen, sangue, fluidos vaginais, e leite materno.
- ❑ HIV, HBV e HCV são transmitidos pelo compartilhamento de seringas e outros materiais de injeção de drogas; por sexo desprotegido especialmente com alguém que se injeta drogas ou tem vários parceiros sexuais; por receber sangue de uma pessoa infectada; de mãe para filho durante a gravidez, parto e amamentação.
- ❑ O abuso de álcool ou outras drogas pode ser arriscado porque: elas podem enfraquecer o seu Sistema Imune tornando mais fácil adquirir HIV/AIDS e outras infecções; elas podem influenciar suas percepções sobre o seu risco pessoal e torná-lo menos cauteloso sobre usar outras drogas e praticar sexo desprotegido.

Cartão 3: Fatos sobre HIV/AIDS, HBV e HCV que são seguidamente mal interpretados

- ❑ Você não pode adquirir HIV, HBV e HCV por espirros, tosse, abraços, comida ou água: por compartilhar talheres ou copos; ou por contato casual. No entanto não deve dividir escovas de dentes, barbeadores, ou outros artigos pessoais que podem conter sangue.
- ❑ Você não pode adquirir HIV,HBC,HCV de um beijo seco.
- ❑ Você não pode adquirir HIV,HBC,HCV de roupas, telefone ou assento do banheiro.
- ❑ Você não pode adquirir HIV,HBC,HCV de uma picada de mosquito ou de outros insetos.

Cartão 4: O que você precisa saber sobre preservativos masculinos

- ❑ Preservativos usados durante todo o tempo na relação sexual previnem a transmissão de viroses transmitidas sexualmente como HIV, HBV, HCV e outras DST.
- ❑ Preservativos devem ser feitos de látex para proteger.
- ❑ Use somente lubrificantes a base de água com preservativos.
- ❑ Doenças sexualmente transmissíveis seguidamente causam lesões genitais ou feridas. Quando isto ocorre é mais fácil se infectar com HIV,HBV ou HCV. O preservativo pode diminuir este risco.
- ❑ Além de não ter sexo, o melhor meio para você se proteger contra a AIDS, hepatite B e hepatite C é sempre usando preservativos de látex.
- ❑ Para receber sexo oral, homens devem usar preservativos não lubrificados, e mulheres devem usar proteção dentária ou uma barreira como um saco plástico não aerado.
- ❑ Para reduzir o seu risco de adquirir e transmitir HIV/AIDS,HBV ou HCV: - melhor método: não ter relações sexuais; - segundo melhor método: não ter relações sexuais que envolvam penetração; - terceiro melhor método: usar preservativos durante toda a relação sexual que envolva penetração.
- ❑ Espermaticidas, como a geléia do diafragma e as esponjas contraceptivas não matam HIV,HBV ou HCV, portanto não devem ser usadas ao invés do preservativo.

ENTREGAR FOLDER E CHECAR SE TEM CARTÃO DA FARMÁCIA

ANEXO 3
QUESTIONÁRIO PROJETO: VERSÃO LONGA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
MULHERES SAE COM 15 ANOS ou MAIS-LONGO

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Horário do Início da Entrevista: ____ : ____

Entrevistador: _____

Número do questionário: _____

1. Qual é o seu nome? _____

2. Número do prontuário _____

3. Algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que você tem o HIV ou que você tem AIDS?

(1) Sim

(2) Não

(8) Recusa

4. Há quanto tempo você sabe que tem o HIV? _____ dias ou
_____ meses ou _____ anos e _____ meses

SE A PACIENTE SABE DA CONTAMINAÇÃO HÁ 2 MESES OU MENOS, AGRADECER E ENCERRAR A ENTREVISTA. SE SABE HÁ MAIS DE 2 MESES, CONVIDÁ-LA PARA PARTICIPAR DA PESQUISA, LER E DAR PARA ASSINAR O CONSENTIMENTO INFORMADO. SE A PACIENTE FOR ANALFABETA, IMPRIMIR A IMPRESSÃO DO POLEGAR DIREITO (LEVAR ALMOFADA DE CARIMBO).

USE PARA O CONVITE A FALA ABAIXO:

“Estamos realizando uma pesquisa aqui no SAE com as mulheres que têm o vírus da AIDS. Esta pesquisa quer encontrar maneiras de melhorar a sua qualidade de vida e a de outras mulheres com este vírus. Além disto, estamos tentando impedir que outras mulheres como você se contaminem com o vírus da AIDS. Para isto, é muito importante que você participe, respondendo algumas perguntas. Estas perguntas podem parecer embaraçosas às vezes, mas suas respostas vão nos ajudar muito. Além disto gostaríamos de realizar alguns exames de sangue e urina para ver como vai sua saúde. Se você tiver alguma doença que possamos tratar, nós lhe informaremos e lhe daremos a medicação de forma gratuita. Tomar esta medicação, se necessário, será muito importante para você e sua saúde. Você deve saber, que se não quiser participar, seu tratamento neste serviço continuará sem problemas. No entanto,

gostaríamos muito de sua ajuda. Está bem para você ? “

5. Qual o seu endereço atual? (Rua, número, bairro, cidade)

Telefone: _____

Como se chega lá?

6. Qual a pessoa que pode saber onde lhe encontrar caso não esteja em sua casa ou tenha se mudado?

Nome: _____

Relação com a entrevistada: _____

Qual o endereço desta pessoa? (Rua, número, bairro, cidade)

Telefone: _____

Como se chega lá?

7. Que outra pessoa saberia aonde lhe encontrar caso você não esteja em casa ou tenha se mudado?

Nome: _____

Relação com a entrevistada: _____

Qual o endereço desta pessoa? (Rua, número, bairro, cidade)

Telefone: _____

Como se chega lá?

8. Qual é a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____

A QUESTÃO 9 DEVE SER APENAS OBSERVADA PELO ENTREVISTADOR

9. Cor: (1) Branca (2) Pardo (3) Negro (9) IGN

10. Você sabe ler e escrever ?

(1) Sim

(2) Não (**PULE PARA PERGUNTA 14**)

(3) Só assina (**PULE PARA PERGUNTA 14**) (9) IGN

11. (**SE SIM**) Até que série você completou no colégio? ____ Série do ____ grau

12. Você consegue ler um jornal ou uma carta? (1)Sim (2)Não

13. Durante as últimas 4 semanas quantas vezes você leu um jornal: (você diria...: ler as opções)

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) Nunca (8)NSA

(9) IGN

14. Durante as últimas 4 semanas quantas vezes você ouviu rádio:

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) Nunca (8)NSA
(9) IGN

15. Durante as últimas 4 semanas quantas vezes você olhou televisão:

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) Nunca (8)NSA
(9) IGN

ATENÇÃO PERGUNTA FILTRO

16. Você vive com esposo ou companheiro?

(1) Sim

SE NÃO, É: (2) Solteira (3) Viúva

(4) Separada/Divorciada (9) IGN

17. Você pratica alguma religião?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

18. No último mês, desde _____ você trabalhou ou teve outra fonte de renda como benefícios ou aposentadoria?

(1) Sim (2) Não(pule para 20) (9) IGN

19. **(SE ESTAVA TRABALHANDO, OU É APOSENTADA OU ENCOSTADA)** Quanto você ganhou no último mês?(em reais) R\$ _____

20. Na sua casa quantas pessoas moram além de você?

_____. -- (Se mora sozinha, pule para a pergunta 23)

21. Alguma destas pessoas trabalha ou tem alguma fonte de renda como benefícios ou aposentadoria?

(1) Sim (2) Não (Pule para a pergunta 23) (8)Não se aplica

22. Quanto ganharam estas pessoas no último mês (em reais)?

Pessoa 1 _____

Pessoa 2 _____

Pessoa 3 _____

Pessoa 4 _____

Pessoa 5 _____

Pessoa 6 _____

Pessoa 7 _____

Pessoa 8 _____

Pessoa 9 _____

(8)Não se aplica

23. Você engravidou alguma vez?

(1) Sim (2) Não **(PULE PARA PERGUNTA 37)** (9) IGN

SE SIM: 24. Quantas vezes? ____ vezes.

25. Quantos filhos vivos você tem? ____ filhos.

26. Quantos moram com você ? ____ filhos

27. Você já perdeu algum filho que morreu por causa da AIDS?

(1) Sim (2) Não(pule para 29) (9) IGN

28. Se sim : que idade seu filho tinha quando morreu? ____ anos;

____ meses; ____ dias

29. Você está grávida no momento?

(1) Sim (2) Não (pule para 33) (9) IGN

30. Se sim, você está fazendo pré-natal?

(1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 33) (9) IGN (8)NSA

31. Em que lugar você faz o pré-natal?

(01) Posto de saúde do bairro

(02) Outro posto de saúde

(03) Médico particular

(04) Ambulatório de hospital pelo SUS(Clínicas, Sta. Casa, Beneficência)

(05) Ambulatório da Faculdade

(06) Ambulatório de empresa ligado ao seu trabalho

(07) Ambulatório de empresa ligado ao trabalho de familiar

() Outro _____

(88) NSA

32. O médico fez exame ginecológico(examinou sua vagina com bico de pato)?

(1) Sim (2) Não (9) IGN (8)NSA

33. Você esteve grávida nos últimos 2 anos (isto é desde _____)?

(1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 37) (9) IGN

34. Se sim, durante a última gestação você fez pré-natal?

(1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 37) (9) IGN (8)NSA

35. Em que lugar você fez o pré-natal?

(01) Posto de saúde do bairro

(02) Outro posto de saúde

(03) Médico particular

(04) Ambulatório de hospital pelo SUS(Clínicas, Sta. Casa, Beneficência)

(05) Ambulatório da Faculdade

(06) Ambulatório de empresa ligado ao seu trabalho

(07) Ambulatório de empresa ligado ao trabalho de familiar

() Outro _____

(88) NSA

(99) IGN

36. Se sim, o médico fez exame ginecológico(examinou sua vagina com bico de pato)?

(1) Sim (2) Não (9) IGN (8)NSA

37. Você pretende engravidar?

(1) Sim (2) Não (9) IGN (8) Não se aplica(GESTANTE)

38. Quando você fez o último exame de pré-câncer? ____ anos

(01) neste ano

(98) não sabe o que é o exame (pule para a pergunta 40)

(97) nunca fez (pule para a pergunta 40)

(99) não lembra

39. Em que lugar você fez o exame pré-câncer pela última vez?

- (01) Posto de saúde do bairro
- (02) Outro posto de saúde
- (03) Médico particular
- (04) Ambulatório de hospital pelo SUS(Clínicas, Sta. Casa, Beneficência)
- (05) Ambulatório da Faculdade
- (06) Ambulatório de empresa ligado ao seu trabalho
- (07) Ambulatório de empresa ligado ao trabalho de familiar
- () Outro _____
- (88) NSA
- (99) IGN

Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre o HIV/AIDS e seus hábitos

40. Você já fumou ou ainda fuma cigarro?

- (1) fumante atual
- (2) ex-fumante(pule para 42)
- (3) nunca fumou(pule para 42)
- (9) IGN

41. Se fumante atual: Quantos cigarros por dia você fuma? _____ cigarros

42. Durante as últimas 4 semanas quantas vezes você tomou bebidas contendo álcool? (LER)

- (1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) nunca (9)IGN

43. Eu vou ler algumas frases sobre a proteção contra o HIV/ AIDS. Para cada frase, por favor diga-me se você acha que é verdade ou não.

- (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

As pessoas podem proteger-se do HIV/AIDS

- a) tendo uma boa dieta (1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- b) permanecendo com um parceiro fiel (1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- c) evitando banheiros públicos (1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- d) usando preservativos durante as relações sexuais (1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- e) evitando tocar uma pessoa que tem AIDS (1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- f) evitando dividir comida com uma pessoa que tem a doença (1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- g) evitando ser mordido por mosquitos ou insetos similares (1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- h) assegurando-se que qualquer injeção que eles façam seja feita com uma agulha nova
(1) Verdade (2) Não (9)Não sei
- i) sendo fiel ao seu parceiro (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

44. Você já teve alguma relação em que o parceiro usou preservativo?

- (1) Sim (pule para a 47) (2) Não

45. Você já ouviu falar em preservativo (eu quero dizer um objeto de borracha que o homem põe em seu pênis antes do sexo)?

- (1) Sim (2) Não

46. Você já viu um preservativo?

- (1) Sim (2) Não

47. Que lugares ou pessoas você conhece onde você pode conseguir preservativos? Por sim ou não ao lado de cada resposta conforme a respondente . (LER)

(1) Supermercado ou loja de conveniências (1) Sim (2) Não

(2) Farmácia (1) Sim (2) Não

(3) Hospital/clínica (1) Sim (2) Não

(4) SAE (1) Sim (2) Não

(5) Bar/hotel/motel (1) Sim (2) Não

() Outro _____

(0) Nenhum

AGORA EU GOSTARIA DE LHE FAZER UMAS OUTRAS PERGUNTAS SOBRE O HIV/AIDS

48. Você acha que uma pessoa que tenha o HIV sempre tem sintomas ou esta pessoa pode parecer perfeitamente saudável?

(1) Sempre tem sintomas (2) Pode parecer saudável (3) Não sei

49. Você acha que as pessoas que sabem que tem o HIV devem manter isso em segredo ou devem contar que tem? (LER OPÇÕES)

(1) Devem manter em segredo(pule para a 51) (2) Devem revelar para todas as pessoas (pule para a 51)

(3) Devem revelar apenas para algumas pessoas (9) Não sei

50. Se apenas para algumas pessoas: Para quem? _____

51. Deve- se permitir que pessoas com HIV que trabalham com outras pessoas , como em uma fábrica ou um escritório, continuem seu trabalho ou não?

(1) Permitir (2) Não permitir (9) Não sei

52. Pessoas com AIDS deveriam receber menos, os mesmos ou mais cuidados de saúde que outras pessoas com doenças graves?

(1) Os mesmos (2) Mais (3) Menos (9) Não sei

**AGORA EU GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS
SOBRE A SUA VIDA SEXUAL.**

As próximas perguntas são muito íntimas . Responda da forma mais honesta possível. Caso se sinta desconfortável com alguma pergunta (ou com todo o questionário) você não é obrigada a responder. É importante que você saiba que suas respostas vão ajudar a desenvolver meios de melhorar a vida das mulheres contaminadas pelo vírus da AIDS e de evitar que outras mulheres se contaminem.

Também gostaríamos de lhe garantir que suas respostas serão mantidas em segredo.

As questões a seguir são sobre o seu comportamento sexual. Quando mencionamos sexo queremos dizer sexo vaginal e anal.

53. Primeiro gostaria que você pensasse sobre o passado. Quantos anos você tinha quando teve sua primeira relação sexual? Anos _____

54. Com quantos pessoas você já manteve relações sexuais durante toda a sua vida? _____

55. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, algum médico ou outro profissional de saúde lhe disse que você tinha alguma doença transmitida pelo sexo ou DST, como por exemplo, herpes, gonorréia, clamídia, sífilis ou verrugas genitais?

(1) Sim (2) Não (Pule para a pergunta 59) (9) IGN (Pule para a pergunta 59)

56. Você contou para seu marido/parceiro regular sobre este episódio?
(1) Sim (2) Não (3) Não tinha parceiro regular na época (4) Não tinha parceiro (Pule para a pergunta 59)
(9) IGN

57. Enquanto você teve estava com essa doença você fez alguma coisa para evitar que seu(s) parceiro(s) pegassem esta doença?

(1) Sim (2) Não **(Pule para a pergunta 59)** (3) Pegou do parceiro (9) IGN

58. SE SIM : O que você fez? APÓS A RESPOSTA ESPONTÂNEA LEIA AS ALTERNATIVAS RESTANTES E MARQUE SIM(1) OU NÃO(2)

(1) Usou preservativos (1) Sim (2) Não (3) Sim Espontâneo

(2) Evitou relações sexuais (1) Sim (2) Não (3) Sim Espontâneo

(3) Deu medicação (1) Sim (2) Não (3) Sim Espontâneo

(4) Aconselhou a Ter uma consulta médica (1) Sim (2) Não (3) Sim Espontâneo

Outro(especifique) _____

59. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, você se picou?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

60. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, você deu drogas em troca de sexo, ou recebeu drogas em troca de sexo? Queremos dizer sexo oral, vaginal ou anal.

(1) Sim (2) Não (9) IGN

61. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, você deu dinheiro em troca de sexo, ou recebeu dinheiro em troca de sexo? Queremos dizer sexo oral, vaginal ou anal.

(1) Sim (2) Não (9) IGN

AS PERGUNTAS ABAIXO (62 a 78) SÓ DEVEM SER RESPONDIDAS POR AQUELAS MULHERES QUE SE IDENTIFICARAM COMO SENDO CASADAS/COM COMPANHEIRO NA PERGUNTA 16:

62. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, você fez sexo com seu marido/companheiro?
(1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 64) (9) IGN

63. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, quando você fez sexo com seu marido/companheiro, ele usou preservativo? (ler opções)

(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN

64. Você acha que seu marido/companheiro faz sexo com alguém mais além de você?

(1) Sim (2) Não **(Pule para a pergunta 66)** (9) IGN

65. Se sim, com quantas pessoas mais além de você? _____

66. Você agora tem um parceiro regular além do seu marido/companheiro? Por parceiro regular eu quero dizer alguém com quem você tem tido sexo por um ano ou mais.

(1) Sim (2) Não **(Pule para a pergunta 69)** (9) IGN

67. Se sim, quantos destes parceiros regulares você tem? (Não contar marido/companheiro) _____

68. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, quando você fez sexo com seu parceiro regular, ele usou preservativo?(ler opções)

(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN (8) Não se aplica

69. Quando você teve sua última relação Sexual com seu marido/parceiro regular?

(1) Nos últimos 7 dias (2) Nas últimas 4 semanas (3) Nos últimos 12 meses (4) Há mais tempo que isto (9) IGN

70. Nessa última relação sexual que você teve, seu marido/companheiro ou parceiro regular usou preservativo?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

71. Você teve relações sexuais com mais alguém nos últimos 12 meses, desde _____? Por mais alguém eu quero dizer outra pessoa além de seu marido ou parceiro regular que você falou antes.

(1) Sim (2) Não (**Pule para a pergunta 95**) (9) IGN

72. Com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais nos últimos 12 meses (além de seu marido/parceiro regular) Número _____

73. Quando foi que você teve sua última relação sexual com outra pessoa que não seu marido/parceiro regular?

(1) Nos últimos 7 dias (2) Nas últimas 4 semanas (3) Há mais tempo que isto (9) IGN

74. Nesta última relação sexual que você teve (com alguém que não seu marido/parceiro regular) você deu ou recebeu dinheiro em troca de sexo?

(1) Sim (2) Não

75. Esta pessoa era alguém que você já conhecia antes ou alguém que você encontrou pela primeira vez?

(1) Antes (2) Primeira vez

76. Ele usou preservativo nesta última relação sexual?

(1) Sim (pule para 78) (2) Não (9) IGN

77. Qual foi a principal razão para que ele não usar preservativo nesta relação?

UMA RESPOSTA SOMENTE

(1) Não tinha na hora

(2) Muito caro

(3) O parceiro não quis

(4) Eu não gosto de preservativos

() Outra _____

78. Onde vocês conseguiram o preservativo que foi usado nesta última relação com alguém que não seu marido/companheiro ou parceiro regular? (PARA QUEM USOU)

(1) Parceiro (2) Loja (3) Farmácia (4) Hospital/clínica (5) SAE (6) Bar/ hotel/motel

(7) Outro _____ (8) Não se aplica

AS PERGUNTAS ABAIXO (79 a 94) SÓ DEVEM SER RESPONDIDAS POR AQUELAS MULHERES QUE SE IDENTIFICARAM COMO SOLTEIRAS/VIÚVAS/SEPARADAS/DIVORCIADAS (PERGUNTA 16)

79. Você tem um parceiro regular ? Por parceiro regular eu quero dizer alguém com quem você tem tido sexo por um ano ou mais.

(1) Sim (2) Não (**Pule para a pergunta 87**)(9) IGN

80. Se sim, quantos destes parceiros regulares você tem? _____

81. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, você fez sexo com seu parceiro regular?

(1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 87) (9) IGN

82. Durante os últimos 12 meses, **desde** _____, Quando você fez sexo com seu parceiro regular, ele usou preservativo?(ler opções)

(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN

83. Quando você teve sua última relação Sexual com seu parceiro regular?

(1) Nos últimos 7 dias (2) Nas últimas 4 semanas (3) Nos últimos 12 meses (4) Há mais tempo que isto (9) IGN

84. Na última relação sexual que você teve com seu parceiro regular, ele usou preservativo?

<p>(1) Sim(PULE PARA 86) (2) Não (9) IGN</p> <p>85. Qual foi a principal razão para que ele não usar preservativo nesta relação?</p> <p>UMA RESPOSTA SOMENTE</p> <p>(1) Não tinha na hora</p> <p>(2)Muito caro</p> <p>(3)O parceiro não quis</p> <p>(4)Eu não gosto de preservativos</p> <p>()outra _____</p> <p>86. Onde vocês conseguiram o preservativo que foi usado nesta última relação com seu parceiro regular?</p> <p>(PARA QUEM USOU)</p> <p>(1) Parceiro (2) Loja (3) Farmácia (4) Hospital/clínica (5) SAE (6) Bar/ hotel/motel</p> <p>(7) Outro _____ (8) Não se aplica</p> <p>87. Você teve relações sexuais com alguém que não seja um parceiro regular nos últimos 12 meses, desde _____,?</p> <p>(1) Sim (2) Não (Pule para a pergunta 95) (9) IGN</p> <p>88. Com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais nos últimos 12 meses (além de seu parceiro regular) Número _____</p> <p>89. Quando você teve sua última relação Sexual(além de seu parceiro regular)</p> <p>(1) Nos últimos 7 dias (2) Nas últimas 4 semanas (3) Há mais tempo que isto (9) IGN</p> <p>90. Nesta última relação sexual que você teve com alguém que não é seu parceiro regular você deu ou recebeu dinheiro em troca de Sexo?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>91. Esta pessoa era alguém que você já conhecia antes ou alguém que você encontrou pela primeira vez?</p> <p>(1) Antes (2) Primeira vez</p> <p>92. Nesta última relação sexual ele usou preservativo?</p> <p>(1) Sim(pule para 94) (2) Não (9) IGN</p>
<p>93. Qual foi a principal razão para que você não usasse preservativo nesta relação?</p> <p>UMA RESPOSTA SOMENTE</p> <p>(1) Não tinha na hora</p> <p>(2)Muito caro</p> <p>(3)O parceiro não quis</p> <p>(4)Eu não gosto de preservativos</p> <p>()outra _____</p>
<p>94. Onde vocês conseguiram o preservativo? (PARA QUEM USOU)</p> <p>(1) Parceiro (2) Loja (3) Farmácia (4) Hospital/clínica (5) SAE (6) Bar/ hotel (7) Outro _____</p> <p>(8) Não se aplica</p>
<p>Vamos pensar agora sobre a última vez em que você fez sexo com marido/companheiro Ou com parceiro principal. (RESPOSTA SIM PARA A PERGUNTA 16, 66 OU 79)</p>
<p>95. Na última vez que você fez sexo com seu parceiro, você fez sexo vaginal, quando o pênis de seu parceiro entra na sua vagina?</p> <p>(1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 97) (9) IGN/Recusa</p>
<p>96. Ele usou preservativo?</p> <p>(1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa</p>
<p>97. Na última vez que você fez sexo com seu parceiro, você fez sexo oral, quando o pênis de seu parceiro</p>

entra na sua boca? (1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 99) (9) IGN/Recusa
98. Ele usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
99. Na última vez que você fez sexo com seu parceiro, você fez sexo anal, quando o pênis de seu parceiro entra no seu ânus (bunda)? (1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 101) (9) IGN/Recusa
100. Ele usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
101. Na última vez que você fez sexo com seu parceiro, você fez sexo oral, quando a boca de seu parceiro encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 103) (9) IGN/Recusa
102. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
103. Nos últimos 12 meses você fez sexo com outra mulher? (1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 106)
104. Na última vez que você fez sexo com sua parceira, você fez sexo oral, quando a boca de sua parceira encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 106) (9) IGN/Recusa
105. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
106. O seu parceiro principal sabe que você é portadora do HIV? (1) Sim (pule para a pergunta 108) (2) Não
107. Se não, por quê você não informou ao seu parceiro que você era portadora do HIV? (LER OPÇÕES) (1) Medo de que ele a deixasse (2) Ele também é positivo (PULE PARA 109) (3) Medo de que ele a agredisse (4) Vocês usam preservativo e não havia risco (5) Outro _____ (9) Ignorado
108. O seu parceiro principal era(é) (LER): (1) HIV positivo (2) HIV negativo (3) Não sabe/Não informou
<i>A próxima série de perguntas é para as mulheres que tiveram relações com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses (RESPOSTA SIM PARA A PERGUNTA 71 OU 87)</i>
Vamos pensar agora sobre a última vez em que você fez sexo com alguém que não é ou foi seu parceiro principal
109. Na última vez que você fez Sexo com um parceiro ocasional, você fez Sexo vaginal, quando o pênis de seu parceiro entra na sua vagina? 1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 111) (9) IGN/Recusa
110. Ele usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
111. Na última vez que você fez Sexo com um parceiro ocasional, você fez Sexo oral, quando o pênis de seu parceiro entra na sua boca? 1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 113) (9) IGN/Recusa
112. Ele usou preservativo? 1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
113. Na última vez que você fez sexo com um parceiro ocasional, você fez Sexo anal, quando o pênis de seu parceiro entra no seu ânus (bunda)?

1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 115) (9) IGN/Recusa
114. Ele usou preservativo? 1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
115. Na última vez que você fez sexo com um parceiro ocasional, você fez sexo oral, quando a boca de seu parceiro encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 117) (9) IGN/Recusa
116. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
117. Nos últimos 12 meses você fez sexo com outra mulher? (1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 120)
118. Na última vez que você fez sexo com sua parceira, você fez sexo oral, quando a boca de sua parceira encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 120) (9) IGN/Recusa
119. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
120. Na última vez que você teve sexo com um parceiro ocasional você informou a ele que você era portadora do HIV? (1) Sim(pule para a pergunta 122) (2) Não
121. Por quê? LER OPÇÕES) (1) Medo de que ele a deixasse (2) Ele também é positivo (PULE PARA 123) (3) Medo de que ele a agredisse (4) Vocês usaram preservativo e não havia risco (5) Outro _____ (9) Ignorado
122. O seu parceiro ocasional era (é) (LER): (1) HIV positivo (2) HIV negativo (3) Não sabe/Não informou
<i>A próxima série de perguntas é para ser respondida por todas as mulheres</i>
123. No último mês, desde _____ você manteve relações sexuais? (1) Sim (2) Não(pule para 126) (9) IGN
124. (SE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NO ÚLTIMO MÊS) Você ou seu parceiro usaram algum método para evitar filhos? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA) (00) Não (05) Histerectomizada (01) Ligadura de trompas (06) Vasectomia (02) Pílula (07) Tabela (03) Coito interrompido (08) Camisinha (04) DIU (09) Não pode ter filhos (10) Gel espermaticida (11) Diafragma (12) Gestante () Outro: _____ (88) NSA (99) IGN
125. No último mês, desde _____, quando você fez sexo, seu parceiro usou preservativo?(ler opções) (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN
126. Nos últimos três meses , desde _____ você manteve relações sexuais? (1) Sim (2) Não(pule para 128) (9) IGN/Recusa

<p>127. Nos últimos três meses, desde _____ quando você fez sexo, o seu parceiro usou preservativo?(ler opções) (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN/Recusa</p>
<p>128. Na última vez que você teve relações sexuais foi com: LER OPÇÕES (1) Marido/companheiro (2) Parceiro regular (relações sexuais por um ano ou mais) (3) Parceiro ocasional</p>
<p>129. Algum médico ou profissional de saúde lhe falou alguma coisa sobre você informar outras pessoas que você é portadora do HIV? (1) Sim (2) Não (PULE PARA 131) (9) IGN/Recusa</p>
<p>130. SE SIM, o quê? _____</p>
<p>131. Algum médico ou profissional de saúde lhe falou alguma coisa sobre você informar outras pessoas com que você tivesse sexo que você é portadora do HIV? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa</p>
<p>132. Na última relação sexual que você teve seu parceiro usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa</p>
<p>133. Você tem um preservativo com você agora que você possa me mostrar? (1) Sim (2) Não (9) IGN</p>
<p>REGISTRO DE EXAMES(BASELINE)</p>
<p>134. Tricomonas: (1) Presente (2) Ausente (3) IGN</p>
<p>135. Clamídia: (1) Reagente (2) Não reagente (3) IGN</p>
<p>136. Gonococo (1) Reagente (2) Não reagente (3) IGN</p>
<p>137. BHCG (1) Positivo (2) Negativo (3) IGN</p>
<p>138. Tratamento realizado: (supervisor anotar pasta) Admite mais de uma opção Data: __/__/____ Padrão para: (1)Tricomonas (2) Gonorréia (3) Clamídia (4) Nenhum (9) Ignorado</p>
<p>139. Tratamento do parceiro(s) recomendado: Admite mais de uma opção Data: __/__/____ Padrão para: (1)Sífilis (2) Gonorréia (3) Clamídia (4) Nenhum (9) Ignorado</p>

Horário de Término da entrevista: ____ : ____

Agradeça e encerre a entrevista

Checagens a cargo da supervisora

140. Número de consultas médicas após primeiro questionário (entrevista inicial), excluindo a consulta do dia: (Checar prontuário)

(0) Nenhuma

(1) Uma

(2) Duas

(3) Três

(4) Quatro

Mais _____

141. Número de consultas de enfermagem/assistente social após primeiro questionário (entrevista inicial), incluindo se consulta do dia: (Checar prontuário)

(0) Nenhuma

(5) Uma

(6) Duas

(7) Três

(8) Quatro

Mais _____

142. Preservativos farmácia mês 1: _____

143. Preservativos farmácia mês 2: _____

144. Preservativos farmácia mês 3: _____

145. Status do paciente na data da primeira entrevista:

(1) Sintomático (2) Assintomático (3) Com AIDS comprovada por exames (9) IGN

146. Carga viral nos últimos 6 meses _____; (9) IGN Data: __/__/____

147. CD4 nos últimos 6 meses _____; (9) IGN Data: __/__/____

QUESTIONÁRIO PROJETO: VERSÃO CURTA(30 E 60 DIAS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHERES SAE COM 15 ANOS ou MAIS- CURTO

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Horário do Início da Entrevista: ____ : ____

Entrevistador: _____

Número do questionário: _____

1. Qual é o seu nome? (LEVAR PREENCHIDO) _____

2. Número do prontuário (LEVAR PREENCHIDO) _____

3. Endereço atual? (Rua, número, bairro, cidade) **SOMENTE SE A PESSOA TROCOU DE ENDEREÇO**

Telefone: _____

Como chega lá?

USE PARA O CONVITE A FALA ABAIXO:

“Conforme combinado, estamos lhe visitando para lhe fazer algumas perguntas sobre sua vida e saúde. Lembramos que esta pesquisa quer encontrar maneiras de melhorar a sua qualidade de vida e a de outras mulheres com o vírus HIV. Também quer tentar impedir que outras mulheres como você se contaminem com o vírus da AIDS. Para isto é muito importante que você participe, respondendo algumas perguntas”.

4. Você está grávida no momento?

(1) Sim(pule para a pergunta 6) (2) Não (9) IGN

5. Você pretende engravidar?

(1) Sim (2) Não (9) IGN

6. Você já fumou ou ainda fuma cigarro?

(1) fumante atual

(2) ex-fumante(pule para 8)

(3) Nunca fumou(pule para 8)

(9) IGN

7. Se sim, quantos cigarros por dia você fuma? _____ cigarros

8. Durante as últimas 4 semanas quantas vezes você tomou bebidas contendo álcool:

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3); menos seguido (4) nunca (9)IGN

9. Eu vou ler algumas frases sobre a proteção contra o HIV/ AIDS. Para cada frase, por favor diga-me se você acha que é verdade ou não.

(1) Verdade (2) Não (9)Não sei

As pessoas podem proteger-se do HIV/AIDS por...

a) Tendo uma boa dieta (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

b) Permanecendo com um parceiro fiel (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

c) Evitando banheiros públicos (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

d) Usando preservativos durante as relações sexuais (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

e) Evitando tocar uma pessoa que tem AIDS (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

f) Evitando dividir comida com uma pessoa que tem a doença (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

g) Evitando ser mordido por mosquitos ou insetos similares (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

h) Assegurando-se que qualquer injeção que eles façam seja feita com uma agulha nova

(1) Verdade (2) Não (9)Não sei

i) sendo fiel ao seu parceiro (1) Verdade (2) Não (9)Não sei

ATENÇÃO PERGUNTA FILTRO

10. Você vive com esposo ou companheiro?

(1) Sim

SE NÃO, É: (2) Solteira (3) Viúva

(4) Separada/Divorciada (9) IGN

AGORA EU GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL.

As próximas perguntas são muito íntimas . Responda da forma mais honesta possível. Caso se sinta desconfortável com alguma pergunta (ou com todo o questionário) não é obrigada a responder. É importante que você saiba que suas respostas vão nos ajudar a desenvolver meios de melhorar a vida das mulheres contaminadas pelo vírus da AIDS e de evitar que outras mulheres se contaminem.

Também gostaríamos de lhe garantir que suas respostas serão mantidas em segredo.

As questões a seguir são sobre o seu comportamento sexual. Quando mencionamos sexo queremos dizer sexo vaginal e anal.

AS PERGUNTAS ABAIXO (11 a 21) SÓ DEVEM SER RESPONDIDAS POR AQUELAS MULHERES QUE SE IDENTIFICARAM COMO SENDO CASADAS/COM COMPANHEIRO NA PERGUNTA 10:

11. No último mês, **desde** _____, você fez sexo com seu marido/companheiro?
(1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 13) (9) IGN
12. No último mês, **desde** _____, quando você fez sexo, seu marido/companheiro usou preservativo? (ler Opções)
(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9) IGN
13. Você agora tem um parceiro regular além do seu marido/companheiro? Por parceiro regular eu quero dizer
Alguém com quem você tem tido sexo por um ano ou mais.
(1) Sim (2) Não (**Pule para a pergunta 16**) (9) IGN
14. **Se sim** Durante o último mês, **desde** _____, você fez sexo com seu parceiro regular?
(1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 16) (9) IGN
15. No último mês, **desde** _____, quando você fez sexo com seu parceiro regular ele usou Preservativo? (ler opções)
(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9) IGN
16. Você teve relações sexuais com mais alguém no último mês? Por mais alguém eu quero dizer outra pessoa além de seu marido ou parceiro regular que você mencionou antes.
(1) Sim (2) Não (**Pule para a pergunta 31**) (9) IGN
17. Com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais no último mês (além de seu parceiro regular) Número _____
18. Na última relação que você teve com alguém que não era seu marido ou parceiro regular, esta pessoa era alguém que você já conhecia antes ou alguém que você encontrou pela primeira vez?
(1) Antes (2) Primeira vez
19. Ele usou preservativo nesta última relação sexual?
(1) Sim (pule para 21) (2) Não (9) IGN
20. Qual foi a principal razão para que ele não usar preservativo nesta relação?
UMA RESPOSTA SOMENTE
(1) Não tinha na hora
(2) Muito caro
(3) O parceiro não quis
(4) Eu não gosto de preservativos
() Outra _____
21. Onde vocês conseguiram o preservativo que foi usado nesta última relação com alguém que não seu marido/companheiro ou parceiro regular? (PARA QUEM USOU)
(1) Parceiro (2) Loja (3) Farmácia (4) Hospital/clínica (5) SAE (6) Bar/ hotel/motel
(7) Outro _____ (8) Não se aplica

AS PERGUNTAS ABAIXO (22 a 30) SÓ DEVEM SER RESPONDIDAS POR AQUELAS MULHERES QUE SE IDENTIFICARAM COMO SOLTEIRAS/VIÚVAS/SEPARADAS/DIVORCIADAS NA PERGUNTA 10:

22. Você agora tem um parceiro regular ? Por parceiro regular eu quero dizer alguém com quem você tem tido sexo por um ano ou mais.

(1) Sim (2) Não **(Pule para a pergunta 25)**(9) IGN

23 **Se sim:** Durante o último mês, **desde** _____, você fez sexo com seu parceiro regular?

(1) Sim (2) Não **(pule para a pergunta 25)** (9)IGN

24. No último mês, **desde** _____, quando você fez sexo com seu parceiro regular ele usou Preservativo? (ler opções)

(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN

25. Você teve relações sexuais com alguém que não seja um parceiro regular no último mês, **desde** _____,?

(1) Sim (2) Não **(Pule para a pergunta 31)** (9) IGN

26. Com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais no último mês (além de seu parceiro regular) Número _____

27. Na última relação que você teve com alguém que não era seu marido ou parceiro regular, esta pessoa era alguém que você já conhecia antes ou alguém que você encontrou pela primeira vez?

(1) Antes (2) Primeira vez

28. Ele usou preservativo nesta última relação sexual?

(1) Sim (pule para 30) (2) Não (9) IGN

29. Qual foi a principal razão para que ele não usasse preservativo nesta relação?

UMA RESPOSTA SOMENTE

(1) Não tinha na hora

(2) Muito caro

(3) O parceiro não quis

(4) Eu não gosto de preservativos

() Outra _____

30. Onde vocês conseguiram o preservativo que foi usado nesta última relação com alguém que não seu parceiro regular? **(PARA QUEM USOU)**

(1) Parceiro (2) Loja (3) Farmácia (4) Hospital/clínica (5) SAE (6) Bar/ hotel/motel

(7) Outro _____ (8) Não se aplica

Vamos pensar agora sobre a última vez em que você fez sexo com marido/companheiro ou com seu parceiro principal. RESPOSTA SIM PARA AS QUESTÕES 10,13 OU 22.

31. Na última vez em que você teve sexo foi com homem ou mulher?

(1) Homem (2) Mulher **(pule para a pergunta 41)** (9) IGN/Recusa

32. Relembrando, a última vez que você fez sexo, seu parceiro usou preservativo?

(1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa

33. Na última vez que você fez Sexo com seu parceiro, você fez sexo vaginal, quando o pênis de seu parceiro entra na sua vagina?

(1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 35) (9) IGN/Recusa
34. Ele usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
35. Na última vez que você fez Sexo com seu parceiro, você fez sexo oral, quando o pênis de seu parceiro entra na sua boca? (1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 37) (9) IGN/Recusa
36. Ele usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
37. Na última vez que você fez Sexo com seu parceiro, você fez sexo anal, quando o pênis de seu parceiro entra no seu ânus (bunda)? (1) Sim (2) Não (pule para a pergunta 39) (9) IGN/Recusa
38. Ele usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
39. Na última vez que você fez Sexo com seu parceiro, você fez sexo oral, quando a boca de seu parceiro encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 43) (9) IGN/Recusa
40. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa VÁ PARA A PERGUNTA 43
41. Na última vez que você fez Sexo com sua parceira, você fez sexo oral, quando a boca de sua parceira encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 43) (9) IGN/Recusa
42. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
43. O seu parceiro principal sabe que você é portadora do HIV? (1) Sim(pule para a pergunta 45) (2) Não
44. Se não, por quê você não informou ao seu parceiro que você era portadora do HIV? (LER OPÇÕES) (1)Medo de que ele a deixasse (2)Ele também é positivo (PULE PARA 46) (3)Medo de que ele a agredisse (4)Vocês usam preservativo e não havia risco (5) Outro _____ (9) Ignorado
45. O seu parceiro principal era(é) (LER): (1) HIV positivo (2) HIV negativo (3) Não sabe/Não informou
<i>A próxima série de perguntas é para as mulheres que tiveram relações com parceiros ocasionais no último mês (RESPOSTA SIM PARA A PERGUNTA 16 OU 25)</i>
Vamos pensar agora sobre a última vez em que você fez sexo com alguém que não é ou foi seu parceiro principal
46. Durante o último mês, desde _____ você fez sexo com alguém que não é seu parceiro principal, ou a quem você não considerava seu parceiro principal na época? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 60) (9) IGN/Recusa
47. Essa pessoa é homem ou mulher? (1) Homem (2) Mulher (pule para a pergunta 57) (9) IGN/Recusa
48. Relembrando a última vez que você fez sexo, seu parceiro ocasional usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
49. Na última vez que você fez Sexo com um parceiro ocasional, você fez Sexo vaginal, quando o pênis de seu parceiro entra na sua vagina?

1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 51) (9) IGN/Recusa
50. Ele usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
51. Na última vez que você fez Sexo com um parceiro ocasional, você fez Sexo oral, quando o pênis de seu parceiro entra na sua boca? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 53) (9) IGN/Recusa
52. Ele usou preservativo? 1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
53. Na última vez que você fez Sexo com parceiro ocasional, você fez Sexo anal, quando o pênis de seu parceiro entra no seu ânus (bunda)? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 55) (9) IGN/Recusa
54. Ele usou preservativo? 1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
55. Na última vez que você fez Sexo com um parceiro ocasional, você fez sexo oral, quando a boca de seu parceiro encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 59) (9) IGN/Recusa
56. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa (PULE PARA A 59)
57. Na última vez que você fez Sexo com sua parceira, você fez sexo oral, quando a boca de sua parceira encosta na sua vagina? 1) Sim (2) Não(pule para a pergunta 59) (9) IGN/Recusa
58. Foi usada alguma barreira, como plástico para embrulhar comida, etc.? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
59. Na última vez que você teve sexo com um parceiro ocasional você informou a ele que você era portadora do HIV? (1) Sim(pule para a pergunta 61) (2) Não
60. Por quê? LER OPÇÕES (1)Medo de que ele a deixasse (2)Ele também é positivo (PULE PARA 62) (3)Medo de que ele a agredisse (4)Vocês usaram preservativo e não havia risco (5) Outro _____ (9) Ignorado
61. O seu parceiro ocasional era(é) (LER): (1) HIV positivo (2) HIV negativo (3) Não sabe/Não informou
<i>A próxima série de perguntas é para ser respondida por todas as mulheres</i>
62. No último mês, desde _____ você manteve relações sexuais? (1) Sim (2) Não(pule para 64) (9) IGN
63. No último mês, desde _____, quando você fez sexo, seu parceiro usou preservativo?(ler opções) (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN
64. Nos últimos três meses, desde _____ você manteve relações sexuais? (1) Sim (2) Não(pule para 66) (9) IGN/Recusa
65. Nos últimos três meses, desde _____quando você fez sexo, o seu parceiro usou preservativo?(ler opções) (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN/Recusa

66. Na última relação sexual que você teve seu parceiro usou preservativo? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
67. Na última vez que você teve relações sexuais foi com: LER OPÇÕES (1) Marido/companheiro (2) Parceiro regular (relações sexuais por um ano ou mais) (3) Parceiro ocasional
68. Você tem um preservativo com você agora que você possa me mostrar? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa
REGISTRO DE EXAMES(Entrevista de 90 dias)
69. Tricomonas: (1) Presente (2) Ausente (3) IGN
70. Clamídia: (1) Reagente (2) Não reagente (3) IGN
71. Gonococo (1) Reagente (2) Não reagente (3) IGN
72. Hbs Ag (1) Reagente (2) Não reagente (3) IGN
73. Anti Hbc (1) Reagente (2) Não reagente (3) IGN
74. Anti HCV (1) Reagente (2) Não reagente (3) IGN
75. BHCG (1) Positivo (2) Negativo (3) IGN
76. Tratamento realizado: (supervisor anotar pasta) Admite mais de uma opção Data: __/__/____ Padrão para: (1)Tricomonas (2)Gonorréia (3)Clamídia (4)Nenhum (9)Ignorado
77. Tratamento do parceiro(s) recomendado: Admite mais de uma opção Data: __/__/____ Padrão para: (1)Sífilis (2)Gonorréia (3)Clamídia (4)Nenhum (9)Ignorado

Horário de Término da entrevista: __ __ : __ __

Agradeça e encerre a entrevista

Anexo 4**Controle do recebimento de preservativos masculinos por pacientes femininas do SAE – Mês :**

Nome completo da paciente	Número do prontuário	Dia do mês	Número de preservativos

ANEXO 5: Entrevistas estruturadas para controle de qualidade.

- 1) O profissional de saúde falou sobre a necessidade de usar preservativo?
(1) Sim (2) Não
- 2) O profissional de saúde falou sobre a necessidade de proteger outras pessoas da contaminação pelo HIV?
(1) Sim (2) Não
- 3) O profissional de saúde falou sobre o perigo de aumentar a carga viral e, portanto, piorar a doença em relações sem preservativo com outro portador do HIV?
(1) Sim (2) Não
- 4) O profissional de saúde deu a receita de preservativos (ou o cartão no grupo intervenção)?
(1) Sim (2) Não
- 5) O profissional de saúde enfatizou a necessidade de cuidados com a saúde como não fumar, beber ou usar drogas?
(1) Sim (2) Não
- 6) O profissional de saúde usou o cartão para auxiliá-lo a dar explicações?
(1) Sim (2) Não
- 7) O profissional de saúde entregou o folder (grupo intervenção)?
(1) Sim (2) Não
- 8) Horário de início da consulta: __ , __
- 9) Horário do término da consulta: __ , __
- 10) Tempo utilizado com os conteúdos da intervenção? __ minutos

ANEXO 6: Treinamento da equipe de campo.

PROGRAMA DE TREINAMENTO DOS TRABALHADORES DE CAMPO

HORÁRIOS	SEG	TER	QUA	QUI
08:00-10:00	Apresentação geral Apresentação da logística	Josi (2 horas)	Dramatização(situações problemáticas)	Treinamento das responsáveis pelo check-list Apresentação geral e da logística
10:00-10:15	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
10:15-12:00	Leitura de questionários e manuais	Dramatização	Dramatização(situações problemáticas)	Continuação
12:00-14:00	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	
14:00-16:00	Leitura de questionários e manuais (cont.)	Dramatização	Prova escrita Acertos finais	
16:00-16:15	Intervalo	Intervalo	Intervalo	
16:15-18:00	Leitura de questionários e manuais (cont.)	Dramatização	Avaliação do treinamento Avaliação entrevistadoras Encerramento	

Apresentação geral

- apresentação do projeto global (sem detalhar objetivos e hipóteses)
- técnicas de entrevista
- definição das atividades do entrevistador

Apresentação da logística e metodologia

- treinamento
- coleta de dados
- número de mulheres a serem entrevistados
- sistema de trabalho conjunto
- carga horária
- remuneração
- relação dos entrevistadores (nome, endereço, telefone)

Manuais e questionários:

- divisão dos entrevistadores em grupos (com 1 coordenador e 1 relator)
- distribuição dos questionários, manuais de instruções e recomendações
- leitura conjunta
- discussão de dúvidas dos itens do questionário e do manual.

Avaliação da leitura

- reunião entre toda a equipe do estudo
- leitura do relatório e discussão das dúvidas comuns entre os grupos

Simulação (“Role-playing”)

- Aplicação dos questionários entre os entrevistadores
- Entrevistas observadas
- Discussão das dificuldades/dúvidas encontradas na aplicação do questionário

AValiação FINAL DOS ENTREVISTADORES

Avaliação escrita

Vinte questões relativas a logística do estudo e ao questionário e manuais, com 5 opções objetivas de resposta.

Avaliação subjetiva

O supervisor deverá observar durante o treinamento os seguintes critérios :

- ☐ Saber lidar com situações embaraçosas.
- ☐ Capacidade de iniciativa.
- ☐ Habilidade em abordar pessoas.
- ☐ Responsabilidade e idoneidade.
- ☐ Qualidade no preenchimento do questionário. Letra e números legíveis. não deixar campos em branco.
- ☐ Frequência e assiduidade .
- ☐ Adesão ao questionário. Saber interpretar e marcar corretamente as respostas.
- ☐ Forma de lidar com uma resposta claramente errada. Estar alerta.

Atribuir valor de zero a 10 para cada um dos itens.

As provas terão o mesmo peso. A classificação dos entrevistadores será em ordem decrescente de pontuação.

Ao final fazer um mapa com os horários que cada uma deverá cumprir, e marcar as reuniões semanais para entrega de questionários e discussão de dúvidas. Eleger um responsável pelo livro de controle.

Tarefas do Coordenador do estudo

- Reunir-se com seus entrevistadores duas vezes por semana;
- Discutir dúvidas e dificuldades e propor soluções;
- Manter um registro das dúvidas e dificuldades e soluções encontradas;
- Resolver as dúvidas dos entrevistadores ou outros problemas que possam surgir;
- Reforçar a necessidade de se reler, constantemente, os manuais e adendos;

- Revisar os questionários, checando o preenchimento adequado e a clareza nas anotações;
- PRODUTIVIDADE: manter um registro dos questionários entregues, bem como do número de pacientes visitadas, os pendentes, as recusas e as revisitas;
- Fornecer o material necessário a realização do trabalho de campo e, quando necessário, repor o mesmo;
- Supervisionar o trabalho de campo semanalmente, inclusive acompanhando suas respectivas entrevistadoras na coleta de dados;
- Realizar as reentrevistas com máximo de 48 horas de intervalo em relação a entrevista original;
- Marcar com “R” e rubricar o questionários revisado quando o mesmo estiver completo.

Lista de tarefas dos entrevistadores

1. Comparecer duas vezes por semana às reuniões com o coordenador e às reuniões gerais agendadas.
2. Cumprir o cronograma de entrevistas semanais, com cuidado para o preenchimento adequado dos questionários:
 - ⇒ Anotar os endereços de forma clara e precisa;
 - ⇒ Anotar as revisitas, as recusas e os entrevistas pendentes (discriminando a pendência).
3. Zelar pelo bom estado do material entregue.
4. Levar sempre consigo todo o material necessário para a execução do seu trabalho:
 - ⇒ Crachá;
 - ⇒ Prancheta;
 - ⇒ Lápis , apontador, borracha;
 - ⇒ Manuais de orientação;
 - ⇒ Questionários.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PRÉ- INFORMADO

Investigador responsável: Mariângela Freitas da Silveira
Departamento de Medicina Social-UFPEL

Concordo em participar do estudo “*Saúde de Mulheres HIV positivas de Pelotas, RS, em 2003*”. Estou ciente de que todas as mulheres HIV positivas que frequentam o SAE – Pelotas participarão voluntariamente do estudo.

PROCEDIMENTOS: Fui informada que irei responder um questionário sobre trabalho, escolaridade, outras questões gerais e questões mais pessoais.

Depois dos questionários, uma amostra do meu sangue, urina e secreção vaginal será coletada com todo o material descartável. Após esta etapa serei novamente entrevistado em casa ou no SAE por no máximo três vezes.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES A COLETA DE SANGUE: Fui informada de que a coleta de sangue será realizada com material descartável, portanto, sem riscos de contaminação. Também fui avisada que, em algumas pessoas, pode aparecer algum hematoma que desaparecerá no prazo máximo de uma semana.

BENEFÍCIOS: Os resultados dos exames de sangue e urina serão anotados no meu prontuário médico, ficando à disposição do médico que realiza o meu atendimento. Em caso de exames alterados que necessitem medicação, esta me será fornecida gratuitamente.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento. Isto não implicará em prejuízo de nenhuma natureza no meu acompanhamento de saúde no SAE.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

ASSINATURA: _____

DATA: __/__/2002

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. A mulher compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

ASSINATURA DO INVESTIGADOR:

Anexo 8

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
MULHERES SAE COM 15 ANOS ou MAIS-LONGO

Questionário de reentrevista (controle de qualidade – 5% das pacientes) -
Supervisora , em no máximo 48 horas

148. Qual é o seu nome? _____
149. Número do prontuário _____
150. Qual é a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____
151. Você sabe ler e escrever ? (1) Sim (2) Não (PULE PARA PERGUNTA 153) (3) Só assina (PULE PARA PERGUNTA 153) (9) IGN
152. (SE SIM) Até que série você completou no colégio? ____ Série do ____ grau
153. Quantos anos você tinha quando teve sua primeira relação sexual? Anos _____
154. No último mês, desde _____ você manteve relações sexuais? (1) Sim (2) Não (TERMINE O QUESTIONÁRIO) ((9) IGN
155. (SE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NO ÚLTIMO MÊS) Você ou seu parceiro usaram algum método para evitar filhos? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA) (00) Não (05) Histerectomizada (01) Ligadura de trompas (06) Vasectomia (02) Pílula (07) Tabela (03) Coito interrompido (08) Camisinha (04) DIU (09) Não pode ter filhos (10) Gel espermaticida (11) Diafragma () Outro: _____ (88) NSA (99) IGN
156. No último mês, desde _____, quando você fez sexo, seu parceiro usou preservativo?(ler opções) (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN

Noite (09/07/1993)

♦ 20:00 – 20: 15 - Apresentação do grupo

Com o objetivo de apresentar o grupo, criar compromissos e promover reflexões sobre suas ações, cada um apresenta o colega da sua esquerda, procurando responder as seguintes questões (todos participam):

- *Quem sou eu?/Minha formação?*
- *Qual meu maior sonho/desejo?*
- *O que eu estou fazendo para realizá-lo?*

♦ 20: 15 – 20: 45 – Mariângela

♦ **É um estudo do qual eles fazem parte.**

- O porquê da necessidade desta intervenção
(Dar material impresso).

♦ 20: 45 – 21: 30 - Simone

- *a massificação do trabalho na saúde pública,*
- *o trabalhador de saúde em doenças como AIDS e HEPATITE,*
- *a abordagem da vida,*
- *Método (Auto) Biográfico,*

Metodologia:

Escolhemos trabalhar numa linha baseada no método (auto)biográfico ou das histórias de vida onde cada participante buscará refletir sobre os seu próprio processo de formação permitindo assim, que cada um identifique na sua própria história de vida o que foi realmente formador com isso alargando a capacidade de autonomização e, portanto, de iniciativa e de criatividade numa prática que aborda diariamente pessoas portando vírus, doenças e vontade de viver.

- *A opção por esta metodologia pretende estimular a reflexão dos percursos e trajetórias individuais de formação, além de favorecer a articulação entre os conteúdos de formação e uma prática concreta enquanto gestores da formação*

Intervalo : 21: 30 – 21:45

Intervalo : 21: 45 – 23:30 - Simone – do intervalo ao final da noite

Etapas de desenvolvimento:

1. *Construção de uma Biografia Educativa (como me tornei no que sou/como tenho eu as idéias que tenho, em 4 grupos. Segundo os autores a memória reconstitui o percurso do que foi aprendido;*

2. *Elaboração de uma narrativa obedecendo um continuum cronológico – então seria ‘um tornar a lembrar’.* Esta atividade deverá iniciar em grupo e finalizada individualmente em casa, para ser lido para o grupo todo no dia seguinte. Nesta etapa, o processo de reflexão caracteriza-se pela mobilização da memória, pelo jogo discriminativo do pensamento e pela ordenação através da linguagem, da atividade interior do sujeito. É como a passagem de um “vivido”, no qual se encontram emoções, sentimentos, imagens, idéias, como eu penso, olho e digo o mundo e claro isto tudo obedecendo uma escrita inteligível a uma outra pessoa. De uma maneira geral a narrativa articula períodos da existência que reúnem vários fatos considerados formadores. A articulação entre esses períodos efetua-se em torno de ‘momentos-charneira’, designados como tal porque o sujeito escolheu (sentiu-se obrigado a) uma reorientação na sua maneira de se comportar e/ou na sua maneira de pensar o seu meio ambiente e/ou de pensar em si através de novas atividades. Estes momentos de reorientação articulam-se com situações de conflito e/ou mudanças de estatuto social, e/ou com relações humanas particularmente intensas, e/ou acontecimentos sócio-culturais. (JOSSO, 1988 p.44). É aqui nos momentos charneiras que o sujeito confronta-se consigo mesmo possibilitando uma via de acesso ao processo de formação que será trabalhado também na próxima e última etapa. O entendimento da experiência de formação é a compreensão do eu e possibilita a reapropriação do julgamento de competência que o sujeito pode fazer sobre si próprio.

Manhã (10/07/2003)

♦ 08: 00 – 08: 45 - Mariângela

- apresentação dos quatro cartões, do fôlder, e cartões preservativos.
(Dar material impresso).

Mencionar clips que vão fixar as coisas. Intervenção: coisas já sabidas, mas com sistematização.

♦ 08:45 – 10:00 - Mariângela e Simone

- Leitura e apresentação oral narrativa autobiográfica.

Esta última etapa para JOSSO/1988, diz respeito à reflexão sobre o percurso de formação em termos de dinâmicas. Aqui a narrativa é trabalhada com a preocupação da explicitação dos fios condutores que permitem compreender os encadeamentos dos períodos entre eles, ou seja, compreender a dinâmica do sujeito na sua maneira de fazer escolhas ou de se deixar ir, de reagir aos acontecimentos e de orientar a sua existência em cada período e poder então compreender ‘os motivos’ através dos quais se manifestou ou tomou forma a dinâmica do sujeito. Como passo seguinte nesta etapa acontece a escolha de um tema gerador que é o ‘das relações entre o individual e o coletivo’. É considerado gerador no sentido em que uma reflexão sobre o que abarca dará origem a significados novos.

- Os ‘motivos’ integrados neste tema geral são os seguintes:
 - autonomização/conformização – o equilíbrio entre a busca de autonomia e de conformidade pode surgir em momentos bastante diferente nas narrativas, por

exemplo, entre a preocupação em responder as expectativas familiares e a de se seguir os próprios desejos;

- *responsabilização/dependência – esta aceitação de responsabilidade pode exprimir uma maneira de a pessoa se posicionar na comunidade de vida e também face a sua própria existência como um ser que assume as suas escolhas, os seus comportamentos e as suas idéias, qualquer que seja o preço social e afetivo;*
- *interioridade/exterioridade – os sujeitos exprimem a sua consciência de que a sua personalidade ‘exteriormente’ expressa não é senão a parte visível de um icebergue e de que o seu ser ultrapassa estas formas particulares..*

O ser em formação para este grupo de pensadores ‘só se torna sujeito no momento em que a sua intencionalidade é explicitada no ato de aprender e em que é capaz de intervir no seu processo de aprendizagem e de formação para o favorecer e para o reorientar’.

Intervalo: 10:00 – 10:15

♦ **10:15 - 12: 00 - Simone continua**

Tarde (10/07/2003)

♦ **14: 00 – 16:00 - Simone e Mariângela**

- ♦ *Dividir o grupo e orientar para a elaboração e construção escrita de quatro casos de pessoas portadoras de hiv/aids/hepatite que durante o período de trabalho tenha despertado a atenção dos componentes do grupo.*
- ♦ *Levar quatro casos prontos digitados para serem entregues aos grupos como ‘ajuda’ na elaboração dos seus.*
- *Apresentação com dramatizações e as devidas problematizações a partir dos casos.*
MENCIONAR A INTERVENÇÃO.

Intervalo: 16:00 – 16:15

16:15 – 18:00 – Fechamento

Avaliação oral, objetivando a citação de aspectos relevantes e irrelevantes no decorrer do trabalho e dificuldades esperadas para aplicar a intervenção .

VAI COMEÇAR NA SEGUNDA-FEIRA (14/07/2003)

Anexo 10

À equipe do SAE:

Colegas, gostaríamos de agradecer pelo realizado até agora e lembrá-los de que a intervenção entre nossas pacientes mulheres ainda está em andamento, portanto achamos necessário relembrar que:

- 1) Pacientes com etiqueta vermelha na pasta são pacientes em que a intervenção deve ser aplicada, devendo ser atendidas pelos MÉDICOS TREINADOS:
 - a) Se primeira oportunidade de intervenção: falar sobre os conteúdos dos cartões abaixo, entregar folheto e cartão da farmácia para retirada de preservativos.
 - b) Se for nas consultas seguintes à primeira intervenção, reenfatar o conteúdo dos cartões, especialmente o uso de preservativos.
- 2) Agradecemos se, pacientes sem nenhuma etiqueta na pasta (nem branca nem vermelha), seja possível checar com as entrevistadoras porque a entrevista não foi feita antes da consulta, tentando evitar perdas e agilizar o final da pesquisa
- 3) Assim que a pesquisa estiver terminada, avisaremos a todos para que a distribuição de fichas volte a ser feita conforme sua rotina.

Obrigada, Mariângela e Iná

Cartão 1: O que é o HIV/AIDS

- ☐ O vírus da Imunodeficiência Humana(HIV) é o vírus que causa a AIDS ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ☐ O HIV é encontrado em certos fluídos corporais(sangue, sêmen, fluidos vaginais e leite materno) e pode ser transmitido de uma pessoa para a outra através do contato com sangue e outros fluidos corporais; por exemplo, durante o uso de drogas injetáveis e contato sexual desprotegido.
- ☐ O HIV/AIDS pode destruir a habilidade do corpo de lutar contra infecções e pode levar a um grupo de doenças conhecidas como “infecções oportunistas” e outras doenças graves.
- ☐ Uma pessoa que tenha um teste positivo para HIV é infectada com o vírus e pode infectar outras pessoas
- ☐ Uma pessoa com teste positivo para HIV pode não ter sintomas de AIDS. Estes sintomas podem não aparecer por 5 a 10 anos.
- ☐ Os parceiros sexuais ou de “picadas”, ou crianças filhas de pessoas soropositivas podem também estar infectadas.
- ☐ Uma pessoa soropositiva não deve doar ou vender sangue; uma pessoa soropositiva deve procurar e receber cuidado médico regular.
- ☐ Uma mulher soropositiva pode transmitir o vírus para seu bebê se estiver grávida ou amamentando. Terapias e leite em pó estão disponíveis e são recomendadas.
- ☐ Tratamento medicamentoso precoce pode prevenir a passagem do vírus da mãe para o feto.

- ❑ Uma pessoa soropositiva não deve nunca trocar fluidos corporais durante o sexo(vaginal, oral ou anal). Deve usar sempre um preservativo masculino ou feminino.

Cartão 2: Fatos sobre a transmissão do HIV, HBV e HCV

- ❑ HIV(o vírus da AIDS), o vírus da Hepatite B(HBV) e da hepatite C(HCV) estão presentes no sêmen, sangue, fluidos vaginais, e leite materno.
- ❑ HIV, HBV e HCV são transmitidos pelo compartilhamento de seringas e outros materiais de injeção de drogas; por sexo desprotegido especialmente com alguém que se injeta drogas ou tem vários parceiros sexuais; por receber sangue de uma pessoa infectada; de mãe para filho durante a gravidez, parto e amamentação.
- ❑ O abuso de álcool ou outras drogas pode ser arriscado porque: elas podem enfraquecer o seu Sistema Imune tornando mais fácil adquirir HIV/AIDS e outras infecções; elas podem influenciar suas percepções sobre o seu risco pessoal e torná-lo menos cauteloso sobre usar outras drogas e praticar sexo desprotegido.

Cartão 3: Fatos sobre HIV/AIDS, HBV e HCV que são seguidamente mal interpretados

- ❑ Você não pode adquirir HIV, HBV e HCV por espirros, tosse, abraços, comida ou água: por compartilhar talheres ou copos; ou por contato casual. No entanto não deve dividir escovas de dentes, barbeadores, ou outros artigos pessoais que podem conter sangue.
- ❑ Você não pode adquirir HIV,HBC,HCV de um beijo seco.
- ❑ Você não pode adquirir HIV,HBC,HCV de roupas, telefone ou assento do banheiro.
- ❑ Você não pode adquirir HIV,HBC,HCV de uma picada de mosquito ou de outros insetos.

Cartão 4: O que você precisa saber sobre preservativos masculinos

- ❑ Preservativos usados durante todo o tempo na relação sexual previnem a transmissão de viroses transmitidas sexualmente como HIV, HBV, HCV e outras DST.
- ❑ Preservativos devem ser feitos de látex para proteger.
- ❑ Use somente lubrificantes a base de água com preservativos.
- ❑ Doenças sexualmente transmissíveis seguidamente causam lesões genitais ou feridas. Quando isto ocorre é mais fácil se infectar com HIV,HBV ou HCV. O preservativo pode diminuir este risco.
- ❑ Além de não ter sexo, o melhor meio para você se proteger contra a AIDS, hepatite B e hepatite C é sempre usando preservativos de látex.
- ❑ Para receber sexo oral, homens devem usar preservativos não lubrificados, e mulheres devem usar proteção dentária ou uma barreira como um saco plástico não aerado.
- ❑ Para reduzir o seu risco de adquirir e transmitir HIV/AIDS,HBV ou HCV: - melhor método: não ter relações sexuais; - segundo melhor método: não ter relações sexuais que envolvam penetração; - terceiro melhor método: usar preservativos durante toda a relação sexual que envolva penetração.
- ❑ Espermaticidas, como a geléia do diafragma e as esponjas contraceptivas não matam HIV,HBV ou HCV, portanto não devem ser usadas ao invés do preservativo.

ENTREGAR FOLDER E CHECAR SE TEM CARTÃO DA FARMÁCIA: Deve estar junto à pasta com clips, colocado pela entrevistadora com o nome da paciente preenchido. Explicar a paciente que este cartão lhe dará direito a retirar na farmácia quantos preservativos precisar durante o mês.

Anexo 11

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA*

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
MULHERES SAE COM 15 ANOS ou MAIS-LONGO**

Questionário de entrevista curta dos controles (Segunda fase)

148. Qual é o seu nome? _____

149. Número do prontuário _____

150. Número do questionário _____

151. No último mês, desde _____, você manteve relações sexuais?
(1) Sim (2) Não (TERMINE O QUESTIONÁRIO) ((9) IGN

152. (SE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NO ÚLTIMO MÊS)
Na última relação sexual que você teve seu parceiro usou preservativo?
(1) Sim (2) Não (9) IGN/Recusa

153. No último mês, desde _____, quando você fez sexo, seu parceiro usou preservativo?(ler opções)
(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (9)IGN

Anexo 12

COMUNICADO À IMPRENSA

A interrupção da cadeia de transmissão do HIV é uma preocupação mundial. Enormes quantidades de recursos humanos e econômicos, que poderiam ser aplicados em outras áreas carentes, são despendidos na luta contra a AIDS, especialmente no tratamento dos doentes. Em dezembro de 2003, havia em torno de 38 milhões de pessoas contaminadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, das quais quase a metade eram mulheres. No Brasil, o número de portadores está em torno de 600.000, sendo 1,8 homens para cada mulher .

Com o tratamento antiretroviral, a qualidade de vida dos portadores do HIV melhorou muito. No Brasil, esta terapia é fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde, o que levou a um aumento da sobrevida desses pacientes, tornando medidas de prevenção da transmissão do HIV cada vez mais importantes entre os portadores.

Para o portador do HIV adquirir outras DST aumenta a chance de uma diminuição de imunidade, e, o não uso de preservativo, com parceiros também soropositivos, dificulta o controle da doença. No entanto, dados de literatura têm mostrado que o portador do HIV não usa preservativo em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro não portador ou de sorologia desconhecida.

Medidas que aumentem o uso de preservativos, por pessoas sabidamente portadoras do HIV, são importantes para definir políticas públicas de prevenção da AIDS. A prevenção da infecção pelo HIV, além de seu peso social, também leva a uma grande economia de recursos públicos.

Por isso foi conduzido no Serviço de Assistência Especializada em AIDS (SAE) da Faculdade de Medicina-UFPel, estudo que teve como objetivo promover, através de uma intervenção educacional dirigida a mulheres HIV positivas, o aumento do uso de preservativo por parte de seus parceiros masculinos, durante suas relações sexuais. O estudo foi realizado pelas professoras Mariângela Silveira e Iná dos Santos.

As mulheres que participaram do estudo tinham diagnóstico há pelo menos três meses e 15 ou mais anos de idade e foram entrevistadas por mulheres, com curso superior completo.

As primeiras 170 mulheres a ingressar no estudo constituíram o grupo controle. O grupo controle recebeu o atendimento habitual do serviço, que inclui aconselhamento para prática de sexo seguro e até 21 preservativos masculinos mensais, através de receita médica.

Após, a equipe de profissionais do SAE foi treinada para aplicar a intervenção educativa. Outras 170 pacientes receberam, durante a consulta médica, maior orientação sobre a necessidade de usar o preservativo em todas as relações sexuais. Além disso essas pacientes tinham acesso a uma maior quantidade de preservativos do que a rotina do serviço.

Todas as mulheres foram reentrevistadas, em domicílio, 30 e 60 dias após o ingresso no estudo.

Das 340 mulheres HIV+, 98% sabiam que o uso de preservativos nas relações sexuais protege contra o HIV/DST. As mulheres do grupo intervenção retiraram mais preservativos do que as controles, mesmo consultando menos vezes no serviço, e tinham, mais freqüentemente, um preservativo para mostrar à entrevistadora.

Nos dois grupos houve aumento no relato de uso de preservativo pelo parceiro na última relação sexual, nas entrevistas realizadas 30 e 60 dias após a entrevista de ingresso no estudo. Esta diferença foi maior no grupo intervenção que no controle (8,8pp e 5,7pp

respectivamente), no acompanhamento de 30 dias, embora não estatisticamente significativa.

Estudos mostram que a prevenção entre portadores do HIV pode ter mais resultados do que entre indivíduos da população geral pelo maior efeito na disseminação da epidemia e pelo fato dos portadores do HIV já demonstram um grau de altruísmo preventivo, que geralmente é maior que o auto cuidado dos não portadores. A diminuição do comportamento de risco de um indivíduo HIV + vai, na maioria das populações afetadas, demonstrar um efeito maior na disseminação do vírus do que uma mudança equivalente de uma pessoa negativa.

Um aumento de 14,2% na promoção do uso de preservativo na última relação sexual nesta população, como o observado no grupo intervenção, é importante do ponto de vista da Saúde Pública, e medidas que garantam a manutenção deste comportamento ao longo do tempo precisam ser exploradas em estudos subsequentes.

b